

**Mütter
von schwererziehbaren Kindern**

von
Ingrid Herder
aus
Weißenburg/Bay.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546214_0051

Aus der Kinderklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. A. Windorfer

Mütter von schwererziehbaren Kindern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Ingrid Herder
aus
Weißenburg/Bay.

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. Kröncke
Referent: Prof. Dr. Paul
Korreferent: Prof. Dr. Windorfer

Tag der mündlichen Prüfung: 20.8.1968

Dem Leiter der Heilpädagogischen Abteilung
an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen,
Herrn Prof. Dr. med. J. Paul,
danke ich für das Thema und die Anleitung
bei der Arbeit.

EINLEITUNG und FRAGESTELLUNG

Seite 1

UNTERSUCHUNGEN

Seite 1

1. Beobachtungsgut
2. Methodik

ERGEBNISSE

Seite 4

I. Die Familie

Seite 4

1. Die Beziehung zwischen Vater und Mutter
2. Die Beziehung zwischen Vater und Kind
3. Die Mutter-Kind-Beziehung
4. Das Kind-Mutter-Verhältnis
5. Das Kind-Geschwister-Verhältnis

II. Die Mutter

Seite 11

1. Entwicklungsbiologische Besonderheiten
 - a) Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes
 - b) Alter der Mutter z.Z. der Beratung
 - c) Die zu junge Mutter
 - d) Die infantile, juvenile Mutter
 - e) Die zu alte Mutter
 - f) Alter der Mutter bei der Heirat
 - g) Alter des Vaters im Vergleich zur Mutter
2. Konstitutionsbiologische Auffälligkeiten
3. Schwangerschaft
 - a) Konzeption
 - b) Einstellung zur Schwangerschaft
 - c) Auffälligkeiten während der Schwangerschaft
4. Geburtsverlauf
 - a) Geburtskomplikationen
 - b) Geburtsdauer
 - c) Stillgeschäft
5. Krankheit und Verhaltensstörungen der Mutter
6. Soziale Auffälligkeiten der Frau und ihre Auswirkungen auf das Kind
 - a) Unehelichkeit
 - b) Geschiedensein
 - c) Berufstätigkeit
 - d) Mutterersatz
 - e) Abhängigkeit von ihrer Mutter bzw. Schwiegermutter
 - f) Geschwister der Mutter

III. Das Kind

Seite 41

1. Rang in der Geschwisterfolge
2. Entwicklung auf verschiedenen Gebieten
 - a) Geburtsgewicht
 - b) Essensgewohnheiten
 - c) Zahnentwicklung
 - d) Statik und Motorik
 - e) Sauberwerden
 - f) Sprechenlernen
3. Konstitution und Somatogramm
4. Geistige Entwicklung
5. Verhalten zu anderen Kindern
6. Verhalten im Kindergarten
7. Verhalten in der Schule
8. Schlaf
9. Krankheiten der Kinder
10. Primäre Entwicklungsstörungen
 - a) Pränatale Schädigung
 - b) Perinatale Schädigung
 - c) Postnatale Schädigung
 - d) Allgemeine Retardierung

BESPRECHUNG

Seite 63

ZUSAMMENFASSUNG

Seite 77

LITERATUR

Seite 80

EINLEITUNG und FRAGESTELLUNG

Grundlegende und systematische Untersuchungen über normale und gestörte Mutter-Kind-Beziehungen und die sich daraus ergebenden Entwicklungsstörungen beim Kind sind schon von verschiedenen Autoren durchgeführt worden.

Den Anlaß zu dieser Untersuchung gaben jene Mütter, die mit ihren Kindern in der Heilpädagogischen Abteilung der Universitätskinderklinik Erlangen wegen "Erziehungsschwierigkeiten" erschienen.

Es stellte sich die Frage, ob die erzieherische Schwierigkeit primär beim Kind lag oder ob nicht die Mutter selbst die Schwierigkeiten in der Erziehung durch ihr Verhalten ausgelöst hat.

In der vorliegenden Arbeit sollen jene mütterlichen Faktoren und Schwierigkeiten dargestellt werden, die als mögliche Ursache für die Verhaltensstörungen von Kindern anzusehen sind, d.h. a) inwiefern eine gestörte Mutter ihr primär gesundes Kind in seiner Verhaltensweise mitstört,

b) ob und inwiefern eine gesunde Mutter die pathologischen Verhaltensweisen ihres Kindes günstig zu beeinflussen vermag und

c) ob und wodurch eine primär gestörte Mutter die Erziehungsschwierigkeiten ihres primär verhaltensgestörten Kindes verstärkt.

UNTERSUCHUNGEN

I. Beobachtungsgut

In der Erziehungsberatungsstelle der Universitätskinderklinik Erlangen gelangten 179 Kinder zur Vorstellung, im Alter von 2 1/2 bis 20 Jahren. Davon waren 104 männlichen und 75 weibli-

chen Geschlechts.

Altersverteilung von 168 Kindern zum Zeitpunkt der 1. Untersuchung.

Alter	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Zahl d.																			
Kinder	1	2	5	10	11	17	28	13	21	19	13	9	9	5	1	0	1	0	1

Als Gründe für das Aufsuchen der Beratungsstelle wurden der Häufigkeit nach u.a. folgende Symptome angegeben:

Schulschwierigkeiten	(51 mal)
Ängstlichkeit	(30)
Pavor nocturnus	(22)
Enuresis	(22)
Trotz	(19)
Sprachstörungen	(15)
Nervosität	(15)
Streunen	(15)
Stehlen	(12)

Manche Kinder zeigten mehrere Auffälligkeiten nebeneinander.

So waren z.B. häufig Schulschwierigkeiten gekoppelt mit Ängstlichkeit oder Trotz mit Enuresis.

Daneben waren Krankheitsbilder wie Hypothyreose (2), Adiposogigantismus (3), Asthma (2) und Anfallsleiden (12) zu finden. Die Kinder wurden je nach Schweregrad ambulant oder stationär behandelt.

II. Methodik

Als Unterlage für die Untersuchungen dienten die Krankenblätter der 179 Fälle.

Zunächst wurden die Mütter über ihre eigene körperliche Entwicklung (Alter, Menarche, Schwangerschaft usw.), über soziale Auffälligkeiten (Alter bei der Heirat, bei der Geburt des "schwierigen Kindes" usw.) und über ihre soziale Stellung (ledige oder geschiedene Mutter, berufstätige Frau) ausführ-

lich befragt.

Die familiäre Anamnese erstreckte sich auf die Aussagen über die Beziehung der einzelnen Familienmitglieder untereinander: Vater, Mutter, das "schwierige Kind" und dessen Geschwister.

Über die Kinder wurden objektive Daten gewonnen (Somatogramm, EEG, IQ, Konstitution), die durch psychologische Untersuchungen (Verhalten beim Spiel, Scenotest, Baumtest) ergänzt wurden.

Die Angaben über die frühkindliche Entwicklung (Beginn des Sprechenlernens, Sauberwerdens usw.), das Verhalten in der Schule, im Kindergarten usw. mußte wiederum von der Mutter erfragt werden.

Bei der Auswertung der anamnestischen Angaben wurde besonderer Wert auf die Einstellung und Reaktionsweise der Mutter zu bestimmten Auffälligkeiten ihres Kindes, sowie auf die Kommentierung familiärer und sozialer Schwierigkeiten gelegt. Hierdurch sollte festgestellt werden, ob sich die Mütter bei normaler Entwicklung ihrer Kinder diesen gegenüber physiologisch, d.h. sachgerecht verhielten oder ob sie durch eine übersteigerte Erwartung bezüglich des Zeitpunkts von Sprechenlernen, Sauberwerden o.ä. einen ungünstigen Einfluß auf die seelische Entwicklung ausübten oder ob sie bei deutlichen Entwicklungsretardierungen durch ein nicht angepaßtes Verhalten dem Kind gegenüber die Fehlhaltungen und Störungen begünstigt und verstärkt haben.

ERGEBNISSE

I. DIE FAMILIE

1. Beziehung zwischen Vater und Mutter

88 Frauen machten Angaben über ihre Ehe. In rund $3/4$ dieser Fälle (72,7%) war das Verhältnis der Ehepartner zueinander schlecht, wobei als häufigste Ursachen Vernachlässigung der Frau, mangelndes Gefühl der Geborgenheit, geringes Interesse am Familienleben, asoziales Verhalten der Familie gegenüber (Trunksucht, Prügel, Ehebruch) angegeben wurden.

Unter 65 schlechten Eheverhältnissen wurde 17 x eine gute Mutter-Kind-Beziehung angetroffen. Hier versuchten die Mütter durch eine betonte Fürsorge das Kind für das schlechte Verhältnis der Eltern zu entschädigen. In 6 Fällen wurden die Kinder regelrecht verhätschelt.

43 x trafen eine schlechte Beziehung der Eltern mit schlechten Mutter-Kind-Beziehungen zusammen, wie sie in folgenden, charakteristischen Aussprüchen zum Ausdruck kommen: "Sie ist das Produkt unserer beiderseitigen, schlechten Eigenschaften", "sie ist halt wie der Vater", "wenn Mutter etwas von Liebe hört, wird sie aggressiv".

8 Mütter (9,2%) bezeichneten ihre Ehen als "normal" und nur in 18,1% der Fälle gaben die Ehefrauen ausdrücklich gute und harmonische Eheverhältnisse an. Bei den hier angeführten Gründen überwog bei weitem das Verständnis für die Frau, ferner wurden Interesse und Fürsorge für die Familie, sowie ein ruhiger und ausgeglichener Charakter des Mannes genannt.

Gute Ehen ziehen nicht unbedingt ein gutes Mutter-Kind-Verhältnis nach sich. Von den 15 Frauen mit guten Ehen hatten nur 6 eine gute Mutter-Kind-Beziehung. 9 Mütter hatten ein schlechtes Verhältnis zu ihren Kindern.

Offenkundig haben in den vorliegenden Fällen gute Eheverhältnisse keinen unmittelbaren Einfluß auf gute Mutter-Kind-Beziehungen, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß bei schlechten Ehen etwas häufiger schlechte Mutter-Kind-Beziehungen vorkommen.

In den übrigen 83 Fällen wurden über die Ehebeziehungen keine Angaben gemacht, bzw. konnten keine gemacht werden, weil die Mütter teils ledig (16), teils verwitwet (2) waren.

2. Beziehung zwischen Vater und Kind

Bei der Untersuchung des Vater-Kind-Verhältnisses fällt die überwiegende Zahl der schlechten Beziehungen auf. (Die Angaben erfolgten von der Mutter, wie in der Methodik bereits erwähnt wurde). Von 137 Beziehungen mußten 80 als schlecht und nur 57 konnten als gut bezeichnet werden.

Durch den Zeichentest, bei dem das Kind aufgefordert wurde, die Familienmitglieder als Tiere zu zeichnen, konnten 14 gute und 21 schlechte Beziehungen objektiviert werden.

In den Beispielen für ein schlechtes Vater-Kind-Verhältnis tauchten immer wieder als negative Verhaltensweisen bzw. Fehlhaltungen der Väter auf: Bequemlichkeit, Unbeteiligtsein, Kontaktarmut, Verständnislosigkeit, Mangel an Zeit, Ungeduld, übermäßige Strenge, die in einzelnen Fällen bis zur Brutalität ging. Oft fehlt das väterliche Vorbild, so daß das Kind nicht zur Identifizierung mit dem Vater gelangen kann. In 5 Fällen wird das Kind vom ehrgeizigen Vater überfordert. Bei fehlendem Leistungsäquivalent von seiten des Kindes führt dies zur Enttäuschung des Vaters, wie im Fall der Familie O.: Der Vater wollte ein "Paradestück" aus dem Jungen machen. Da es ihm nicht gelingt, stößt er ihn von sich.

Entscheidend war nun hier die Frage: Wie verhält sich die Mutter bei diesen ungunen Vater-Kind-Beziehungen bzw. wie sieht

das Kind die Mutter bei diesen Auseinandersetzungen? In 26 Fällen waren die Beziehungen zur Mutter gut: "Die Mutter ist nachgiebig, räumt Schwierigkeiten aus dem Weg", "Mutter wirkt ausgleichend, überbesorgt", "Mutter nimmt das Kind in Schutz", "Mutter ist warmherzig und besorgt - da selbst streng erzogen, will sie ihren Kindern eine harte Erziehung ersparen".

37 x treffen schlechte Vater-Kind- mit schlechten Mutter-Kind-Verhältnissen zusammen: "Die Mutter stößt das Kind ab", "Mutter ist so streng wie der Vater, duldet keinen Widerspruch", "Mutter ist gefühllos und nüchtern, sie haßt das Kind", "sie behandelt das Kind wie einen Gegenstand", "Mutter lehnt das Kind ab".

In 5 Fällen konnten wir als Folge einer zu strengen Erziehung bei den Kindern ein ängstlich-devotes, ja serviles Verhalten entdecken. Die Kinder werden "Duckmäuser", sie folgen aus Angst vor Strafe. Ein Kind bekommt jedesmal Schweißausbrüche bei den Angstzuständen. In solchen Fällen stehen auch die Mütter dem tyrannischen, strengen Vater ihrer Kinder machtlos gegenüber. Eine Mutter "möchte jedesmal sterben" bei diesen Auseinandersetzungen, sie resigniert.

Wie sieht der Vater in den als gut geschilderten Vater-Kind-Verhältnissen aus? Häufig und immer wiederkehrend: Der Vater ist ruhig, geduldig, konsequent in der Erziehung (eine gewisse Strenge schließt ein gutes Verhältnis nicht aus), er "nimmt sich Zeit fürs Kind", spielt mit ihm, zeigt Verständnis für kindliche Sorgen. Er zeigt, daß er das Kind gern hat, er fördert die Anlagen seines Kindes, ist großzügig, in einigen Fällen geht dies bis zum Verwöhnen, er ist ein Vorbild.

Überwiegend wird dieses gute Vater-Kind-Verhältnis von den Müttern positiv bewertet. Es gibt einige wenige Ausnahmen, in denen die Mütter eifersüchtig, ja sogar neidisch reagieren, wie im Fall der Frau B.: "Der Junge ist der Hahn im Korb".

3. Die Mutter-Kind-Beziehung

Wie schon beim Vater-Kind-Verhältnis, so sind auch beim Mutter-Kind-Verhältnis die schlechten Beziehungen in der Überzahl. Von 153 Fällen sind 94 als schlecht und nur 59 als gut einzustufen.

Aus der Sicht der Mutter wird folgendes Verhalten dem Kind gegenüber als gut bezeichnet: Das Kind wird verwöhnt, es wird behütet, die Mutter ist um sein Wohlergehen besorgt, oftmals überbesorgt: "Nicht 1 Stunde allein gelassen", "ich will ja nur ihr Bestes", "am liebsten wäre mir, er wäre noch in mir".

Den als schlecht zu bezeichnenden Mutter-Kind-Verhältnissen liegen im großen und ganzen ein Mangel an mütterlicher Wärme, Herzlichkeit, Fürsorge und Zuwendung, an affektiver Bindung zugrunde.

Außerdem werden aber auch Herrschsucht der Mutter - die als dirigistischer, weiblicher Feldwebel bei schwachem Vater erscheint - wie umgekehrt, eine zu weiche, nachgiebige Mutter mit einem mangelnden Durchsetzungsvermögen dem Kind gegenüber gefunden. Dann beherrscht und tyrannisiert das Kind die Mutter.

In 7 Fällen übertragen ehrgeizige Mütter unerfüllbare Verhaltenserwartungen auf ihre durchschnittlich oder unterdurchschnittlich begabten Kinder, die dann nicht halten, was sich die Mütter von ihnen versprochen, wie z.B. im Fall der Frau G., einer Lehrerin: "Ich fordere energisch, vielleicht verlange ich zuviel!" Dieses Kind reagiert überempfindlich, weint bei den geringsten Forderungen. Die anderen Kinder jener Mütter zeigen Verhaltensstörungen wie Stehlen, Einnässen, Stottern, sind überängstlich oder weisen deutliche Schulschwierigkeiten auf. Auffällig ist die ausgleichende Haltung der Väter in diesen 7 gestörten Mutter-Kind-Verhältnissen.

Gelegentlich wird die ablehnende Haltung dem Mann gegenüber auf das Kind übertragen. Bei 3 Müttern tritt offenkundiger

Haß dem unehelichen, unerwünschten Kind gegenüber zutage. Häufig schlägt sich bei erzieherisch insuffizienten Müttern ihre unsichere Haltung in inadäquaten und inkonsequenten Erziehungsmaßnahmen nieder. In ausgeprägter Form finden wir dies bei Müttern, in deren Erziehungsbemühen ein ambivalentes Verhalten dominiert. Ein eindrucksvolles Beispiel bietet folgender Fall: Das Kind wird wegen einer Bagatelle körperlich gezüchtigt. Unmittelbar darauf bricht die Mutter in Tränen aus und tröstet das weinende Kind.

4. Das Kind-Mutter-Verhältnis

Während die Mutter-Kind-Beziehung in der Mehrzahl der Fälle schlecht ist (94/59), verhält es sich bei der Kind-Mutter-Beziehung annähernd umgekehrt (75/65).

Hier treffen wir in über der Hälfte der untersuchten Beispiele nach Angaben der Mütter positive Beziehungen an. Es handelt sich durchweg um sensible, ängstliche, schutzsuchende, unselbständige und liebebedürftige Kinder mit einer starken Mutterbindung ("Mutter ist da um zu helfen", "ein Herz und eine Seele"). In der überwiegenden Zahl der guten Kind-Mutter-Beziehungen werden die Mütter (61 Fälle) insgesamt als weich, ängstlich, schutzsuchend, unsicher, unselbständig, zum Teil auch als unreif, überfordert, ja rat- und hilflos geschildert. Nur 9 Mütter machen einen selbstsicheren, erfahrenen, selbständigen Eindruck. Sie gehören fast durchweg dem athletisch-pyknischen Konstitutionstyp an.

In einem besonders krassen Fall hängt das uneheliche Mädchen, nachdem es zuvor in 7 verschiedenen Pflegestellen untergebracht war, noch immer sehr an der Mutter, die nur oberflächliche Beziehungen zum Kind hat. Das Kind fürchtet die Mutter zu verlieren; die Mutter des Kindes wegen, den Vater zu verlieren.

26 x ist die Mutter der natürliche Zufluchtsort vor einem überstrengen Vater.

In den Beispielen für eine schlechte Kind-Mutter-Beziehung kommt immer wieder die über allem thronende Mutter vor. Das Kind empfindet die Mutter als "strenge Wächterin", der man sich zu fügen hat. Es unterwirft sich. In den übrigen Fällen führt der dauernde Anpassungszwang zu einem renitenten Verhalten. Das Kind läßt sich schließlich nichts mehr sagen: "Ich mache immer das Gegenteil von dem was Mutti sagt. Was ich will, darf ich nicht, was ich soll, das mag ich nicht". Oder aber das Kind wird aggressiv "ich trete Dir in den Bauch". Diese Aggressionshaltungen konnten mehrfach durch den Zeichentest objektiviert werden.

Die unfähige, schwache Mutter, die mit ihrem Kind nicht umzugehen versteht, die überarbeitete, überreizte, nervöse Mutter, die weder Zeit noch Geduld für ihr Kind aufbringt, die barsche, gefühlsarme Mutter mit ihrem an Schüchternheit und mangelndem Selbstvertrauen leidenden Kind ergänzen die Palette von Beispielen schlechter Kind-Mutter-Beziehungen.

5. Das Kind-Geschwister-Verhältnis

Bei 145 untersuchten Kindern handelt es sich in 42 Fällen (28%) um Einzelkinder. Von den verbleibenden 103 haben 64 Kinder schlechte und 39 Kinder gute Beziehungen zu ihren meist älteren Geschwistern.

Im überwiegenden Teil der als schlecht zu bezeichnenden Geschwisterbeziehungen handelt es sich um Eifersuchtssituationen: "...in den Ofen stecken..", "...soll im Krankenhaus bleiben", "Baby wird aus dem Wagen geworfen", um Schimpfereien, Tätlichkeiten, Streitereien, Mißgunst.

Das Verhalten der Mütter zu den Eifersuchtsreaktionen ihrer Kinder ist nicht einheitlich. Während die überwiegende Mehrheit es als normal empfindet ("wie das so unter Geschwistern ist") und bis zu einem gewissen Grad auf Ausgleich der Kindergegensätze bedacht ist, sind Mütter in Einzelfällen gezwungen

ihre eifersüchtigen Kinder nicht alleine zu lassen, aus Angst sie könnten sich gegenseitig etwas antun. Diese Mütter leiden sehr unter den Streitigkeiten ihrer Kinder. Eine Mutter straft das eifersüchtige, ältere Kind indem es das jüngere weiterhin in Schutz nimmt ("es ist doch noch so klein"), mehrere Mütter bevorzugen das unter Eifersucht leidende Kind.

Bei annähernd Gleichaltrigen findet man Geschwisterrivalität. Ältere Geschwister zeigen Interesselosigkeit an den Jüngeren. Ungeduld, Hänselei und Spott müssen seelisch und körperlich retardierte Kinder, insbesondere Bettnässer, von ihren älteren Geschwistern ertragen.

In anderen Fällen spielt das ältere Kind die dominierende Rolle mit Tendenz zur Unterdrückung der jüngeren Geschwister. Ungleiches Temperamente und Interessen bilden die Grundlagen weiterer Konfliktmöglichkeiten zwischen Geschwistern.

II. DIE MUTTER

1. Entwicklungsbiologische Besonderheiten

Die nachstehende Tabelle zeigt

- a) das Alter der Mutter bei der Geburt des entsprechenden Kindes und
- b) das Alter der Mutter z.Z. der Beratung.

a) Alter bei der Geburt	b) bei der Beratung
14 Jahre: 1 Mutter	
15 - 19 " : 9 Mütter	
20 - 24 " : 43 Mütter	2 Mütter
25 - 29 " : 58 Mütter	17 Mütter
30 - 34 " : 31 Mütter	32 Mütter
35 - 39 " : 19 Mütter	45 Mütter
40 - 44 " : 4 Mütter	34 Mütter
45 - 49 " : -	14 Mütter
50 - 59 " : -	10 Mütter
60 + > " : -	2 Mütter

- a) Das durchschnittliche Gebäralter dieser 165 Frauen liegt bei 27 Jahren und 6 Monaten.
- b) Über das Alter der Mutter z.Z. der Beratung liegen 156 Angaben vor. Das Durchschnittsalter liegt bei 37 Jahren, 10 Monaten. z.Z. der Beratung war die jüngste Mutter 22 Jahre alt und die älteste Mutter 62 Jahre.

c) Die zu junge Mutter

In diese Rubrik wurden die Frauen eingeordnet, welche mit 20 Jahren oder noch früher ihr erstes Kind geboren haben. Dies war von den insgesamt 179 Frauen bei 19 der Fall. Es fanden sich neun 20-Jährige, sieben 19-Jährige, zwei 18-Jährige und eine 14-jährige Mutter.

Bei diesen Frauen wurden folgende Fakten untersucht:

Zunächst der Eintritt der Menarche. Nur bei 2 Frauen war die 1. monatliche Blutung relativ früh mit 11 bzw. 12 Jahren eingetreten. Bei den übrigen Frauen fand dieses Ereignis später, im Durchschnitt mit 14 Jahren statt. Im Vergleich zum Durchschnittswert von insgesamt 109 angegebenen Daten ($\bar{x}$ 13 J.8 Mon) bietet dieses Ergebnis keine Besonderheit.

Die Frage nach der vorehelichen Konzeption ergab, daß nur in 2 Fällen die Kinder nach dem regulären Zeitintervall zur Welt kamen. 10 Frauen hatten ihre Kinder vorehelich konzipiert, 5 unehelich. Von diesen heirateten 3 Frauen später andere Männer, also nicht ihre Kindsväter. 2 Frauen machten keine Angaben. In diesem Zusammenhang interessiert die Einstellung der Frau zu ihrer ersten Schwangerschaft. Nur in einem einzigen Fall wurde das Kind freudig erwartet, 9 x wurden keine Angaben gemacht und 9 x waren die Kinder unerwünscht. Diese Tatsache wurde durch etliche drastische Maßnahmen während der Schwangerschaft bestätigt: Eine junge, uneheliche Mutter bekam von ihrem Vater heftige Schläge, eine andere wurde von ihrem Verlobten zu Abtreibungsversuchen gezwungen, die dann doch mißlingen.

Die Ehemänner dieser jungen Mütter waren in 15 Fällen älter als die Ehefrau, z.T. sogar erheblich älter (8, 9, 18 Jahre). 2 x waren die Ehepartner gleich alt und in 2 Fällen konnten keine Angaben gemacht werden, weil keine Eheschließung zustande kam.

Die jungen Mütter wurden auf eine gewisse Abhängigkeit von ihrer Mutter bzw. Schwiegermutter geprüft. Sie wurde in 7 Fällen bestätigt. Hierbei ist die junge Frau entweder wirtschaft-

lich oder seelisch geistig noch von ihrer Mutter abhängig.

Bei den jungen Müttern bestanden bis auf eine Ausnahme durchweg schlechte Mutter-Kind-Beziehungen, die sich an mangelndem Interesse an der Erziehung ihrer Kinder zeigte.

d) Die infantile, juvenile Mutter

In einer weiteren Gruppe finden sich die infantilen, juvenilen Mütter, die trotz ihres entsprechenden Alters kindlich, jugendlich geblieben sind und in der seelischen Reifung als Frau und Mutter zum Teil erheblich retardiert wirken.

In unseren vorliegenden 12 Fällen handelt es sich bis auf eine Frau, die dem athletisch-pyknischen Konstitutionstyp zugerechnet werden muß, sämtlich um einen zarten, zierlichen, schwächlichen Typus mit immer wiederkehrenden, charakteristischen Auffälligkeiten:

Unsicherheit in der Wahl der erzieherischen Maßnahme, Ängstlichkeit gegenüber dem Kind und dem Familienclan. Diese Frauen wirken wie große, verängstigte Kinder, sind hilf- und ratlos gegenüber dem tyrannisierenden Kind ("ich habe Angst vor ihm", "Ich fühle mich dem Kind nicht gewachsen"), sind aufgescheucht, aufgeregt, reden ununterbrochen, bringen alle Nebensächlichkeiten hervor, werden nicht fertig.

Manche dieser Mütter erdrücken ihre Kinder mit ihrer sinnlosen, ziel- und planlosen Aktivität, korrigieren ständig, sind sprunghaft, schwimmen unschlüssig hin und her, fallen von einem Extrem ins andere (Prügel - Verwöhnen) und resignieren schließlich.

Dieses wahllose Herumprobieren in der Erziehung zeitigt entsprechend schlechte Ergebnisse: Ein Teil der Kinder ist ängstlich und scheu, während der überwiegende Teil der Kinder ein tyrannisches Regiment gegenüber der Mutter führt.

Ein typisches Beispiel einer infantilen Mutter, die mit der Erziehung ihres Kindes nicht fertig wird, bietet Frau G.:

Frau G., 25 Jahre alt, ist vollkommen hilflos im Umgang mit

ihrer 5-jährigen Tochter, welche unruhig, tyrannisierend, erpresserisch, trotzig, befehlend und eigensinnig ist. Die Mutter steht den Launen des Kindes machtlos gegenüber, sie benimmt sich selbst wie eine größere Schwester von ihm. Sie ist zu schwach um Widerstand zu leisten. Hinzu kommt hier noch eine beherrschende, übermächtige Schwiegermutter, die sich auf ungünstige Art, nämlich konträr zur Mutter, in die Erziehung des Kindes mit einschaltet.

Am Ende aller erzieherischen Bemühungen steht die Resignation als Zeichen ihrer erzieherischen Insuffizienz. Die Mütter geben den kindlichen Ansprüchen nach, gehen damit den Weg des geringsten Widerstandes und bedenken nicht, daß sie ihre Kinder zu noch größeren Unverschämtheiten herausfordern. Denn mehrmals berichteten gerade diese Frauen, daß, wenn sie einmal stark genug waren sich ihren Kindern gegenüber zu behaupten (evtl. mit einer adäquaten Strafe) diese, - wenigstens für kurze Zeit -, durchaus zu ertragen waren.

Soweit Angaben über die erste monatliche Regelblutung vorlagen, trat die Menarche bei diesen infantilen Frauen später auf (mit 15 J. 1 Mon.) im Durchschnitt zum Gesamtkollektiv (13 J. 9 Mon.).

e). Die zu alte Mutter

Das Hauptproblem ist hier die intensivste Betreuung der Kinder durch ihre Mütter. Häufig sind diese spätgeborenen Kinder Einzelkinder oder Nachkömmlinge und dadurch praktisch wieder Einzelkinder. Ein geradezu klassisches Beispiel für diese Art der "overprotection" liefert Frau H:

Frau H., 49 Jahre alt, ist die treibende Kraft, sie bestimmt über das 13-jährige "Kind". Sie antwortet auf Fragen anstelle ihres Sohnes. Die Mutter kommentiert ihre Überbetulichkeit mit den Worten "es sei ihr einziges Kind, da kann man schon alles tun, damit alles recht wird". Sie geht mit dem Kind zu allen

möglichen Fachärzten, zu Fürsorgern und Psychologen - obwohl sie auf der anderen Seite ständig betont, wie alles rechtzeitig und normal bei ihrem Kind sei. Vor allem sei das Kind so "brav". (Die Mutter wurde auf Rat des Lehrers zur Beratungsstelle geschickt, weil das Kind zu still sei). Diese "Bravheit" ist nichts anderes als eine extreme Schüchternheit und Gehemmtheit, welche auch bei den übrigen 8 Kindern der zu alten Mütter hervorsticht. Diese "Schoßkinder" leiden an einer starken Mutterbindung- und abhängigkeit. Das konnte man auch bei der 12-jährigen Tochter der Frau F. feststellen. Die Mutter war z.Z. der Beratung bereits 52 Jahre alt. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind war wie das Verhältnis zwischen Großmutter und Enkelin. Das Kind kommt wegen jeder Gefühlsregung, mit jedem Gedanken zur Mutter, hängt sich ihr um den Hals und setzt sich auf ihren Schoß. Die Mutter geht auf die jeweilige Gefühlsregung ihres Kindes ein.

Diese Überbesorgtheit wird fast ausschließlich bei Müttern von Einzelkindern oder Nachkömmlingen oder aber auch in einzelnen Fällen bei Eltern mit Schuldgefühlen gegenüber dem einstmals unerwünschten Kind angetroffen, die nun in einer Art "Affenliebe" überkompensiert werden.

Besonders erschwerte Geburtsvorgänge konnten bei diesen älteren Frauen nicht beobachtet werden. Sie waren durchweg als "normal" zu bezeichnen.

f) Alter der Mutter bei der Heirat

Über das Alter der Frauen bei der Heirat liegen 94 Angaben vor.

17 - 20 Jahre:	22	Frauen
21 - 25 Jahre:	45	"
26 - 29 Jahre:	14	"
30 - 35 Jahre:	10	"
36 - 40 Jahre:	3	"

Eine weitere Differenzierung des Heiratsalters bei der jüngsten Müttergruppe erbrachte folgende Angaben:

Mit 17 Jahren heirateten 3 Frauen

"	18	"	"	5	"
"	19	"	"	9	"
"	20	"	"	5	"

Bei diesen 22 Frauen fand in 7 Fällen eine voreheliche Konzeption statt. In 7 weiteren Fällen erfolgte die Empfängnis während der Ehe und die restlichen 8 Frauen machten hierzu keine Angaben.

Abgesehen von 2 Frauen, bei denen das Heiratsalter mit 18 Jahren relativ niedrig lag, war in keinem der übrigen Fälle ein Zusammenhang zwischen Heiratsalter und späteren Erziehungsschwierigkeiten nachweisbar. Bei Frau C., damals 18 Jahre alt, starb kurz vor der Eheschließung der Vater. Sie war bisher sehr weltfremd erzogen worden, konnte nicht kochen. Da bald nach der Heirat Kinder geboren wurden, hatte sie das Gefühl "nichts mehr vom Leben erwarten zu dürfen" und sich gegen ihr Schicksal aufgebäumt.

Frau R., die ebenfalls mit 18 Jahren heiratete, mußte in den ersten Jahren danach die Familie ernähren. Tagsüber hütete der Ehemann (Musiker) die Kinder. Nach eigenen Angaben brachte sie weder für den Haushalt noch für die Kinder ein Interesse auf.

g) Alter des Vaters im Vergleich zur Mutter

Vater 1 - 5 Jahre jünger als die Mutter:	25	Fälle
Vater und Mutter sind gleich alt:	14	"
Vater 1 - 4 Jahre älter als die Mutter:	57	"
Vater 5 - 8 Jahre älter als die Mutter:	24	"
Vater 9 - 12 Jahre älter als die Mutter:	20	"
Vater 13 - 21 Jahre älter als die Mutter:	11	"

Es wurde untersucht, inwieweit das Alter des männlichen Ehepartners Einfluß auf gute bzw. schlechte Ehebeziehungen und

auf die Schwererziehbarkeit des Kindes hatte. (Der zu junge - der zu alte Ehemann). Leider konnten nicht zu jedem Fall Angaben gemacht werden.

Anzahl d. Fälle	Altersunterschied zur Ehefrau	Ehebeziehung ist schlecht/gut	Relation
17	♂ 1-5 J. jünger ♀	15 / 2	7,5
33	♂ 1-4 J. älter ♀	27 / 6	4,5
24	♂ 5-21 J. älter ♀	16 / 8	2,0

Unter Vorbehalt erlaubt diese kurze Aufstellung den Schluß, daß der ältere und reifere Ehepartner noch am ehesten die Voraussetzungen für eine gute Ehe mitbringt.

Unter den 25 Frauen, die jüngere Männer geheiratet haben, befanden sich keine vom infantilen, juvenilen Typ.

Zwischen der Schwererziehbarkeit des Kindes und dem Alter des zu jungen bzw. zu alten Vaters war von Einzelfällen abgesehen, keine direkte Beziehung nachweisbar. In einem Fall war der Ehemann 21 Jahre älter als die Frau. Er wollte die seiner Meinung nach zu frechen und zurückgebliebenen Stiefkinder weggeben, was die Mutter jedoch nicht zuließ. Ihrer Ansicht nach war der Mann zu alt für die Kinder, der keine Geduld und kein Verständnis mehr aufbrachte.

In einem anderen Fall war der Ehemann ebenfalls wesentlich älter als die Frau (18 Jahre). Hier war es aber die Frau, die den Jungen wegen seiner Unart nicht mehr zuhause haben wollte, während der Vater sehr an dem Jungen hing und durch seine ruhige und konsequente Art den Jungen für sich eingenommen hat.

In beiden Fällen war durch die entgegengesetzte Haltung der Eltern ein "ambivalentes Element" in die Erziehung geraten.

2. Konstitutionsbiologische Auffälligkeiten

Von den Frauen, über die Angaben zur Konstitution vorlagen, entfallen 12 auf den infantilen Typ,

45 auf den asthenischen Typ,

34 auf den pyknischen Typ und

22 auf den athletisch-pyknischen Typ.

Von 49 Frauen wurden nur Angaben über das Verhalten oder ihre besonderen Probleme gemacht, bei 17 Personen lagen weder Beschreibungen des Konstitutionstyps noch des Verhaltens vor. Dieses Ergebnis zeigt kein eindeutiges Überwiegen des einen oder anderen Konstitutionstyps.

Es fanden sich jedoch bei den jeweiligen Konstitutionstypen gewisse Auffälligkeiten:

Zur Berufstätigenrolle drängten sich vorwiegend athletisch-pyknische Frauen. Ein typisches Beispiel ist Frau G., Lehrerin: "Ich kann nicht anders, ich muß einfach unterrichten". Entsprechend dieser übergroßen, erdrückenden Aktivität ist ihr Kind ängstlich und verschüchtert.

Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern fanden sich besonders häufig bei den asthenischen Frauen, wie z.B. bei Frau D.: "Ich weiß schon selbst, ich bin für meinen Sohn oft eine Belastung gewesen, er hat viel von unseren ehelichen Krisen mitbekommen" oder die sehr religiöse Frau C., die sich wiederholt vorgenommen hatte, ihre Kinder mütterlicher und fürsorglicher zu behandeln, ihre Vorsätze dann aber nicht einhalten konnte und dadurch in Konflikte geriet.

Überbesorgtheit ließ sich vor allem bei Pyknikerinnen feststellen. Frau B. z.B. liest Bücher über Kinderpsychologie: "Da fiel es mir wie Schuppen von den Augen, was ich alles falsch gemacht habe". Das Kind leidet unter Angstzuständen und Einschlafstörungen ("ich stand 1 Stunde am Bett, er ließ mich nicht los"). Er hat Angst vor der Schule und den Spielkameraden. Mutter: "Die fallen über den her, als wenn er keine Eltern hätte".

3. Schwangerschaft

a) Konzeption

26 Frauen konzipierten vor, 27 nach der Eheschließung. Bei beiden Gruppen waren die Eheverhältnisse annähernd gleich. Während sich auf die vorehelich konzipierte Gruppe 12 schlechte und 3 gute Ehen verteilten (in 11 Fällen lagen keine Angaben vor), war das Verhältnis bei der ehelich konzipierten Gruppe mit 10 schlechten, 3 guten und 2 indifferenten Ehen nur unwesentlich verändert. (12 Fälle waren ohne Angaben). Unehelich konzipierten 17 Frauen.

Nach Angaben der Mütter war die voreheliche Konzeption hinsichtlich der Schwererziehbarkeit der Kinder kein konstanter Störfaktor.

b) Einstellung zur Schwangerschaft

Hier überwiegt die negative Haltung der Mütter. In 47 Fällen kam die Schwangerschaft unerwünscht. Lediglich 32 Mütter freuten sich auf ihre Kinder.

Trotz dringenden Kinderwunsches blieb mancher dieser Mütter der erwartete Nachwuchs über Jahre hinweg versagt. Erst nach 3, 5, in einem Fall sogar erst nach 14-jähriger Ehe kam es bei der nun 38-jährigen Frau zur Schwangerschaft.

Ähnlich stark war der Kinderwunsch bei Eheleuten, bei denen bereits eine oder mehrere Tot- bzw. Fehlgeburten vorangegangen waren. So auch bei Frau B.: Sie wacht nun ängstlich und fürsorglich über ihrem Jungen.

Aber auch dort, wo bereits ein Kind in der Familie vorhanden war, freute sich die Mutter sehr auf das zweite, obwohl es nur kurze Zeit nach der ersten Niederkunft erwartet wird. In einem anderen Fall waren bereits 4 Kinder da, ohne daß die kinderliebe Frau der Ankunft ihres 5. Kindes mit geringerer Anteilnahme entgegensah.

Durch Krankheitserwartung oder Schicksalsschläge der Kindsmütter bekommt die Beziehung zur Schwangerschaft eine zusätzliche positive Einstellung. In einem Fall sagte Frau N.: "Ich habe das Kind damals sehr genossen", da ihr von ärztlicher Seite keine Hoffnung auf weitere Kinder gemacht werden konnte. In einem anderen Fall verunglückte der Kindsvater während der Schwangerschaft seiner Frau tödlich.

Unter den negativen Einstellungen zur Schwangerschaft rangierten an erster Stelle als Gründe die Unehelichkeit (9 x) und die Vorehelichkeit (8 x). In 7 Fällen war das Kind ohne nähere Begründung schlicht und einfach unerwünscht. 5 Mütter fühlten sich zu alt zum Gebären. Einmal genierte sich der Kindsvater wegen seines zu hohen Alters. Die Mutter sagte, der Ehemann habe sie während der ganzen Schwangerschaft "links liegen" gelassen, sie habe sich damals sehr allein gefühlt. Heute habe sie einen gestörten Kontakt zu ihrem Kind, "sie könne es nicht mit ihm". 3 Mütter glaubten bereits zu viele Kinder zu haben, wie es auch bei Frau R. der Fall war: Sie ist mittlerweile Mutter von 7 Kindern geworden. Bereits das 2. Kind war unerwünscht. "Diese Schwangerschaft ist fast über meine Kräfte gegangen, ich habe alle Nahrung erbrochen. Ich wollte die Schwangerschaft unterbrechen lassen, was aber nicht durchgeführt wurde". Dieses Kind sei immer schon schwierig gewesen, es bockt, läuft weg, näßt ein. Die Mutter möchte am liebsten ihre drei ältesten Kinder ins Heim geben.

3 andere Frauen waren berufstätig, eine davon hatte zusätzlich noch Eheschwierigkeiten, die ihr das Kind verleidenen. Lediglich eine Mutter gab als Grund für die ablehnende Haltung Angst vor der Geburt an. 2 Mütter waren mit dem zu frühen Datum der Geburt nicht einverstanden. Bei 2 anderen Frauen stand der Mann noch im Studium, eine von ihnen mußte deshalb arbeiten gehen. Und noch in einem weiteren Fall war das Kind infolge wirtschaftlicher Notlage unerwünscht. In einem Fall betrachtete die Mutter das Kind als "logische Notwendigkeit einer Ehe".

2 Mütter befürchteten kranke Kinder auf die Welt zu bringen. Ein Kind hatte einen Trinker zum Vater. Bei einem anderen wurden Eheschwierigkeiten zur Begründung der ablehnenden Haltung herangezogen.

c) Auffälligkeiten während der Schwangerschaft

Darunter wurden 68 Angaben rubriziert, die sich im wesentlichen unter dem Begriff "körperliche bzw. seelische Belastung" zusammenfassen lassen.

Es fanden sich 17 Fälle von Emesis gravidarum. Darunter befindet sich auch die oben zitierte Frau R. Bei 4 Frauen kam es während der Schwangerschaft zur Blutung, 2 x im 3. Monat, 1 x im 5. und 1 x im 6. Monat. In einem Fall mußte eine Frau mit einem schweren Anfall von Eklampsie durch Sektio entbunden werden. 2 Frauen gaben unklare Herzsensationen während der Schwangerschaft an, so auch Frau G., die folgendes berichtet: "Die Schwangerschaft war schrecklich, ich kann diese Zeit wohl nie vergessen", zumal sie seit dieser Zeit auch noch einen Leberschaden hat. Ihr Kind sei unsagbar bequem, sie habe noch nie so ein phlegmatisches Kind gesehen, es habe auch Kontaktstörungen zu anderen Kindern. "Er kostet eine unsagbare Nervenkraft!"

2 Frauen hatten während der Gravidität eine Venenentzündung. Frau v.S. mußte deshalb viel liegen, sie schildert die Schwangerschaft als "sehr eklig". Sie hatte außerdem schon während der Schwangerschaft Angst davor das Kind zu füttern. Heute macht das Kind tatsächlich Ernährungsschwierigkeiten, es ist unselbständig und kontaktgehemmt.

9 Frauen unterzogen sich während der Gravidität einer medikamentösen Behandlung: Eisenpräparate, Traubenzucker, Calcium. Spritzen gegen Durchblutungsstörungen und Ulcera, Hormone bei einer drohenden Frühgeburt, morphinhaltige Präparate bei einer Nierenkolik.

An Nierenerkrankungen litten 5 Frauen, darunter auch Frau H., die wie oben erwähnt in einem eklamptischen Anfall vorzeitig

durch Sektio entbunden wurde. Das Kind kam 5 Wochen zu früh. Die Mutter meint, das Kind sei unselbständig und begründet es folgendermaßen: "Sie ist zu behütet aufgewachsen, das war wegen der Frühgeburt, der Gesundheit, der Anfälligkeit."

2 Frauen hatten eine Schizophrenie und 4 weitere unklare depressive Verstimmungszustände. Von Ängsten geplagt wurden 6 Mütter: Angst vor den Eltern, Angst infolge verunglückten oder gestorbenen Kindsvaters, Angst durch Kriegsereignisse. Frau G. hatte Angst vor der unerwünschten Schwangerschaft, der Verlobte habe sie zu Abtreibungsversuchen gezwungen, die aber mißlangen. Die Mutter lehnt noch immer das Kind ab, sie verliert leicht die Geduld bei dem ängstlichen Kind, das unter tonischem Stottern und motorischer Unruhe leidet.

Auffällig ist, daß alle Kinder dieser genannten Mütter unter Ängstlichkeit und Furchtsamkeit zu leiden haben und unsicher und gehemmt sind.

An Unfällen waren 3 Frauen beteiligt; davon stürzten 2 auf der Treppe und 1 Frau war in einen Verkehrsunfall verwickelt. In 2 Fällen waren die Kinder unehelich.

6 Mütter waren während der Gravidität einer besonders anstrengenden und aufreibenden Berufstätigkeit ausgesetzt, als Bedienung, Gastwirtin, Magd, Apothekerin und Akkordarbeiterin. Die Gastwirtin, Frau W., habe oft nachgedacht, ob auch alles gut gehen werde. Sie brachte ein Frühgeborenes zur Welt, das jetzt im Alter von 5 Jahren unter einer erheblichen Retardierung in Bezug auf das Sprechenlernen leidet. Die Mutter macht sich Vorwürfe, zu wenig Zeit und Geduld für das Kind gehabt zu haben, sie habe oft die Nerven verloren, ihn geschlagen, wenn er nicht sprechen konnte. Die Mutter sagt, es mußte immer alles rasch gehen, denn der Betrieb stand an 1. Stelle.

4 Gravide wurden von ihren Ehemännern oder vom Vater geschlagen aus Angst vor der Schande und schließlich waren 3 Frauen durch die Scheidung von den Kindsvätern in einer gewissen Zwangssituation.

4. Geburtsverlauf

a) Geburtskomplikationen

Bei 14 Frauen kam es im 7. bis 8. Monat zu einer Frühgeburt. Das Kind Karin B., nimmt nach Ansicht der Mutter, unter den Geschwistern eine gewisse Sonderstellung ein, die durch die Frühgeburt und durch das häufige Kranksein des Kindes erklärt wird. Die Mutter hatte damals gar nicht gewagt, ihr Frühgeborenen selber zu versorgen, weil es so zart war. Eine andere Mutter meinte, die Frühgeburt sei durch die "Aufregung" gekommen. in 16 Fällen erfolgte der Blasensprung vorzeitig. Frau L.: "Die trockene Geburt von G. war grauenhaft, möchte ich meinem Todfeind nicht wünschen".

Im Verlauf der Austreibungsphase trat bei 10 Gebärenden eine sekundäre Wehenschwäche auf.

Bei 11 Kindern lag eine Nabelschnurumschlingung vor, die in 3 Fällen mit einer erheblichen Asphyxie des Kindes verbunden war. Bei den restlichen 14 Kindern, bei denen eine Asphyxie vorlag, kam sie in 2 Fällen bei Lageanomalien vor, nämlich einmal bei einer Vorderhauptslage und 1 x bei einer Querlage mit anschließender Wendung. Die übrigen Lageanomalien verteilten sich auf 9 Steiß-, 1 Gesichts- und 1 weitere Querlage, die durch Sektio entbunden wurde. Die Meinung des Ehemannes dazu: "Du hast das Kind nicht normal geboren, du hast es nicht lieb". Dies ist aber ein Einzelfall, der dadurch besonders auffällt, als die Mutter sich fürsorglich und liebevoll um das Kind kümmert. Noch 3 andere Kinder kamen durch Kaiserschnitt auf die Welt: In einem Fall hatte die Mutter eine schwere Eklampsie, in einem anderen Fall lag eine schwere Placenta praevia vor und in einem weiteren Fall bildeten eine 3-wöchige Übertragung, sowie schlechte kindliche Herztöne die Indikation zur Sektio, Durch Zange und Vakuumextraktor wurden je 1 Kind entbunden. Einmal kam es zu einer vorzeitigen Placentalösung, das Kind schrie jedoch gleich nach der Geburt. Es waren keine Kunsthilfen notwendig.

In der Nachgeburtsperiode mußte 2 x die Placenta manuell gelöst werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß abgesehen von den wenigen angeführten Beispielen, die Mütter die Geburtskomplikationen nicht als Erklärung für die späteren Schwierigkeiten in der Erziehung der Kinder ansahen.

b) Geburtsdauer

Bei 6 Frauen erstreckte sich die Geburtsdauer auf 36 Stunden, in 2 Fällen sogar auf 48 Stunden. Von diesen 8 Frauen waren 2 bereits Mehrgebärende. Frau R. mußte am 6. Tag nach der Entbindung wegen Kindbettfieber wieder ins Krankenhaus. Kommentar der Frau R. zu ihrem 4. Kind: "Ich mag keine Buben, mit meinen Mädels habe ich nie solche Scherereien gehabt". Die Mutter wollte das Kind nach der Geburt zur Adoption geben. Heute ist es ein ängstliches, nervöses Sonderschulkind, das nicht folgt, nachts aufschreit und fast jede Nacht einnäßt. Es ist von der Mutter noch immer ungeliebt. Dies ist die einzige Frau, die für die postpartale Komplikation das Kind verantwortlich macht.

c) Stillgeschäft

Von 130 Müttern haben 99 Frauen mehrere Tage bis Monate gestillt. Über das Stillgeschäft von 49 Müttern lagen keine Angaben vor.

In 31 Fällen konnte nicht gestillt werden: Von seiten des Kindes wurden am häufigsten Trink- und Saugschwäche (10 x) erwähnt, insbesondere bei Frühgeborenen. Einmal war eine Gaumenspalte die Ursache und in einem Fall wurde die Muttermilch nicht vom Kind vertragen. In 12 Fällen konnte die Mutter nicht stillen, ohne nähere Angaben der Gründe.

4 Mütter hatten keine Milch und bei 3 anderen Müttern verhinderte oder unterbrach eine Mastitis das Stillgeschäft. Eine

Mutter litt an Lungen-Tbc.

Beim Vergleich der guten Kind-Mutter-Beziehungen zwischen 31 nichtgestillten und 31 bis zu 4 Monaten, im Einzelfall sogar 11 Monate lang gestillten Kindern, lagen in der Gruppe der gestillten Kinder mehr gute und weniger schlechte Kind-Mutter-Beziehungen vor als in der Gruppe der nicht gestillten Kinder.

Nicht gestillte Kinder: 10 + / 15 - Kind-Mutter-Beziehungen

Lang gestillte Kinder: 14 + / 11 - Kind-Mutter-Beziehungen

In 6 Fällen wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

5. Krankheit und Verhaltensstörungen der Mütter

Bei der Aufschlüsselung der Krankheiten der Mütter wurde die Einteilung folgendermaßen vorgenommen: Es wurden diejenigen Frauen, die sich gesund (6) fühlten bzw. keine Angaben machten (58), von den Frauen getrennt, die Krankheitsbilder (115) aufwiesen.

Die angegebenen Erkrankungen wurden in solche unterteilt, die eine Stimmungs labilität bedingen oder nachsichziehen und in solche, bei denen dies nicht der Fall ist. Hierzu wurden Krankheitszeichen wie Fluor, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems und der Nieren ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes gerechnet, sowie durchgemachte Operationen wie Appendektomie, Cholecystektomie, Tonsillektomie und Infektionskrankheiten. Diese Krankheitsbilder, die 30 Mütter aufwiesen, schienen von vorneherein ohne besondere Bedeutung für die Erziehung des Kindes zu sein.

Anders verhält es sich mit den Krankheiten oder Krankheitserscheinungen, die eine mehr oder weniger große Stimmungs labilität im Gefolge haben, wie es z.B. bei allen Schweregraden von Nervosität (42 x) der Fall ist (nervöser Magen, nervöses Herz,

Migräne), außerdem bei Störungen des weiblichen Genitale (29 x), meist Unterleibsentzündungen und Regelstörungen. Eine wesentliche Rolle spielen die Schilddrüsenerkrankungen mit den bekannten Überfunktionserscheinungen ("immer erleddigt, schlapp, zittrig") und die Magengeschwüre. Beide Krankheitsbilder sind durch jeweils 17 Fälle vertreten. Geisteskrankheiten (3x), sowie schwere Erkrankungen Hör- und Sehorgans (3x) schließen den Kreis der angegebenen Krankheiten.

Es werden also bei 85 Müttern insgesamt 111 x solche Krankheitsbilder angegeben, bei denen mit einer primären Stimmungs-labilität zu rechnen war und sich neben einem sachlich nicht richtigen Verhalten auch ein unangepaßtes Verhalten zum Kind als Ursache von Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung zeigte. Besonders eindrucksvolle Beispiele liefern folgende Fälle:

Frau D., eine 44-jährige Mutter von 3 Kindern, die unter Nervosität, Beklemmungszuständen und Kopfschmerzen leidet, bietet nach Angaben des Ehemannes zeitweise folgendes Bild: "Wenn sie einen Anfall oder Kopfschmerzen hat, rennt sie umher, wirft etwas herunter, ruft die Kinder, schlägt sie, schreit sie an. Die Kinder haben Angst vor ihr". Die Nervosität der Mutter hat sich vor allem auf ihr drittes Kind, den 11-jährigen E. übertragen. Dieser sei sehr unruhig und störe durch seine unstete Art erheblich den Unterricht.

Ein ähnliches Problem hat Frau Sch., 36 Jahre alt, die sich wegen ihrer Nervosität in psychotherapeutische Behandlung begeben mußte. Die zu lebendige, manchmal unberechenbare Mutter überfordert in hohem Maße ihr Kind. Dieses antwortet mit der gleichen motorischen Unruhe wie die Mutter und mit Konzentrationsschwäche.

Diese beiden Frauen zeigten in der Einstellung zu ihren Kindern wenig positive, d.h.wammherzige, mütterliche Gefühle.

Anders verhält sich die 39-jährige, thyreotoxische Frau M. Sie begegnet ihrem Jungen in einer maßlos übertriebenen Zunei-

gung ("am liebsten wäre es mir, er wäre noch in mir" oder "wir haben ein sehr zärtliches Verhältnis zueinander"). Das Kind reagiert mit Ängstlichkeit und Schüchternheit, hat Schul-schwierigkeiten. Durch die Übererregbarkeit der Mutter wird das Kind in seinen Verhaltensweisen eingeengt.

Das 7-jährige Mädchen einer total farbenblinden und hochgradig kurzsichtigen Mutter nützt die Unsicherheit und das Unvermögen der Mutter gut zu sehen, geschickt aus. Das Kind hat die Mutter vollkommen in der Hand - auch im übertragenen Sinne. Das Kind grimassiert vor der Mutter und befiehlt was zu tun ist. Die Mutter gehorcht ihrer Tochter, denn sie ist angewiesen auf sie. Das Kind muß die Mutter z.B. über die Straße führen, weil die Frau nur ein Sehvermögen über 2 Meter hat.

Ein anderer Fall ist Frau R., die seit dem 16. Lebensjahr schwerhörig ist. Diese körperliche Behinderung wird von ihren zwei Jungen insofern ausgenützt, als sie Anordnungen, die ihnen nicht passen, einfach ignorieren.

Frau L. ist eine asthenische, magenkrankte Frau, die ihre erste Ulcusoperation bereits mit 15 Jahren durchgemacht hat und später erneut Ulcera bekam. Sie ist in der Erziehung ihrer Kinder inkonsequent, d.h. abwechselnd mitleidig und streng. Die unruhigen Kinder "bringen sie manchmal an den Rand der Verzweiflung". Außerdem fühlt sie sich durch ihren Haushalt überlastet und von ihrem jüngeren Ehemann unverstanden.

Die Situation der Frau L. und etlicher anderer Frauen veranlaßte uns den Zusammenhang zwischen Krankheit und Konstitutionstyp und zwischen Krankheit und Ehe zu prüfen.

Im Vergleich von Konstitutionstyp und Erkrankung (in diesem Fall wieder die Erkrankungen, die eine Stimmungs labilität zur Folge haben) wurde eine relative Häufung bei Müttern vom pyknischen Habitus beobachtet. Es fand sich bei 22 von 34 pyknischen Frauen eine entsprechende Erkrankung, das sind 64,7%. Eine weniger stark ausgeprägte Beziehung wurde bei den asthenischen Typen be-

obachtet, nämlich 23 von 45 Fällen, das sind 51,1% und bei den infantilen Frauen (7 von 12), das sind 58,3%. Am geringsten korrelierte dieses Verhältnis bei den athletischen Müttern, in 10 von 22 Fällen, das sind 45,4%. In Anbetracht des geringen Zahlenmaterials sind diese Angaben naturgemäß vorsichtig zu bewerten. Die meist typischen Einzelbeispiele geben jedoch ein repräsentatives Bild für die übrigen Fälle.

Von 85 "stimmungslabilen" Frauen lagen über den Konstitutions-typ in 23 Fällen keine Angaben vor.

Es wurde die Ehesituation dieser 85 Frauen anhand der mütterlichen Angaben geprüft und es stellte sich heraus, daß 33 eine schlechte Ehe führen. Auffällig ist, daß von diesen 33 Frauen 16 gerne krank sind. Diese Einstellung zur Krankheit äußert sich in der Form, daß viele dieser Mütter gerne über ihre Krankheiten sprechen und klagen. Sie wollen es z.B. nicht wahrhaben, daß sie bereits kräftiger geworden sind o.ä. Sie fühlen sich in ihrer Märtyrerrolle wohl, ja sie renommieren mit dem Kranksein. Andere konsultieren Arzt um Arzt oder reisen von einer Kur zur anderen und werden nie gesund, weil sie es möglicherweise nicht wollen.

Interessant wäre die Auswirkung der Krankheit der Mutter auf den Ehepartner. Da aber hierzu nur in wenigen Fällen Angaben gemacht wurden, kann man keine allgemeingültigen Schlüsse drausziehen, sondern nur diese oder jene Situation an Beispielen schildern:

Der Mann der ulcuskranken Frau L. läßt sich nicht aus der Ruhe bringen. Er ist hilfsbereit und einsichtig, während der Ehemann der farbenblinden Frau sehr unter deren Krankheit und den Folgen leidet, seinen Unwillen aufspeichert und ihn in Zornesausbrüchen entläßt.

Die Reaktionsweisen der Kinder auf das jeweilige Verhalten der Mutter sind vielfältig. Sie lassen sich jedoch im wesentlichen in 2 Gruppen aufteilen:

Die eine Gruppe ist eigensinnig, trotzig, tyrannisch und zeigt provokatorische Tendenzen (Kaputtschlagen von Spielsachen) und Regressionen wie Daumenlutschen, Nägelknabbern, Einnässen. Die zu diesen Kindern gehörenden Mütter fallen durch eine fast durchweg große Nachgiebigkeit, Weichheit und Unsicherheit in der Erziehung und in der Wahl der Erziehungsmaßnahmen auf.

Umgekehrt verhalten sich in der 2. Gruppe die Kinder jener dominierenden, aktiven, fordernden, bisweilen harten Mütter. Sie zeigen Schüchternheit, Ängstlichkeit, Hemmungen und ihr Gehorsam geht manchmal in eine reibungslose Unterwürfigkeit über.

6. Soziale Auffälligkeiten der Frau und ihre Auswirkungen auf das Kind

a) Unehelichkeit

Von den 179 untersuchten Müttern haben 28 Frauen ihre Kinder unehelich bekommen. Diese Mütter und Kinder wurden in 2 Gruppen eingeteilt:

Zur 1. Gruppe wurden alle Kinder gerechnet, die durch eine Heirat der Mutter mit dem Kindsvater bzw. mit einem anderen Mann legitimiert wurden oder durch eine Adoption familiär eingegliedert wurden.

In der 2. Gruppe wurden jene Kinder zusammengefaßt, deren Mütter ledig blieben und das Kind alleine erzogen bzw. das Kind in wechselnde Pflegestellen gegeben haben.

Es sollte festgestellt werden, ob zwischen diesen beiden Gruppen Unterschiede in den Verhaltensweisen der Kinder bestanden, d.h. ob eine familiäre Eingliederung dieser Kinder eine sichere Garantie für eine unauffällige Entwicklung geben würde.

Hierzu folgende Beispiele:

In 14 Fällen wurden die Kinder in eine Familiengemeinschaft

aufgenommen, in den meisten Fällen durch Heirat der Mutter mit einem anderen Mann (10), durch spätere Heirat des Kindsvaters (2) bzw. durch Adoption.(2).

Die übrigen Kinder der 2. Gruppe waren in Heimen untergebracht (2), von der alleinstehenden Mutter (8) bzw. der Großmutter (4) versorgt.

Mit Ausnahme eines Beispiels erwies sich die Eingliederung in eine Familie für das Verhalten des Kindes nicht als entscheidend positiv, da oft das Problem des Stiefvaters bzw. der Stiefgeschwister hinzukam. Wesentlich war auch das jeweilige Lebensalter des Kindes bei der Aufnahme in die Familie. Jüngere Kinder zeigten weniger Schwierigkeiten.

Die Reaktionsweisen der Kinder der 1. Gruppe äußerten sich einerseits in Opposition, Aggression (2 Suicidversuche), Ablehnung, Trotz, Aufsässigkeit und Verwahrlosungserscheinungen wie Stehlen, Streunen, Rauchen andererseits in Angst, vorwiegend als pavor nocturnus. Unterwürfige Gefügigkeit und zu starke Angepaßtheit (Ein Stiefvater dazu: "Das Kind ist gut zu haben, es muckt sich nicht auf") waren neben den funktionellen Störungen wie Enuresis und Enkopresis, Nägelknabbern und Daumenlutschen weitere Symptome.

Ähnliche Erscheinungen zeigte auch die andere Gruppe. Hier kamen teilweise noch Hospitalisierungserscheinungen hinzu, wie Retardierung auf geistigem oder motorischem Gebiet.

Beispiele:

Eine günstige Entwicklung zeigt der 9-jährige Richard E. 4 1/2 jahrelang war er in einem Heim untergebracht. Er fiel dort durch sein eigenbrötlerisches, geistig und sozial "un gepflegtes" Verhalten auf. Durch Adoption wurde er in eine Familie aufgenommen, in der er sich persönlich angesprochen fühlte. Bis auf eine gewisse Ablenkbarkeit und Konzentrationschwäche hat er sich zu einem, seinem Alter entsprechenden, seelisch gesunden Kind entwickelt, ohne größere Auffälligkeiten. Er ist hilfsbereit und anhänglich.

Ein Beispiel für eine ungünstige Entwicklung bietet der Fall der 10-jährigen Angelika N. Sie wurde erst mit 7 1/2 Jahren von ihrer inzwischen verheirateten Mutter aufgenommen. Vorher war das Kind in 8 verschiedenen Pflegestellen untergebracht gewesen. Die Mutter betrachtete ihr Kind als Eindringling, der nur herrschen und kommandieren will. Sie haßt das Kind, von dem es behauptet, daß es durch zahlreiche Erziehungsschwierigkeiten ihre Ehe gefährdet. Das Mädchen läuft häufig weg. Wenn es eingeschlossen wird, sucht es den Weg durchs Fenster, übernachtet auf fremden Dachböden oder im Wald. Es wurde schon mehrmals von der Funkstreife aufgegriffen. Es macht dies nur aus Angst vor Schlägen vom Stiefvater oder der Mutter.

Eine Besonderheit sei noch erwähnt: In der Anamnese wurden die Kinder nach 3 Dingen gefragt, die sie sich wünschten. 2 der 28 unehelichen Kinder äußerten spontan den Wunsch nach einem Vater bzw. nach Geschwistern, die übrigen Wünsche reichten vom Revolver bis zur Italienreise.

b) Die geschiedene Mutter

Die Kinder der 7 geschiedenen Mütter zeigen alle eine ähnliche Symptomatik wie die unehelichen Kinder, nämlich pavor nocturnus, Enuresis, Zähneknirschen, Nabelkoliken, Erbrechen oder trotziges, oppositionelles Verhalten.

Diese Verhaltensstörungen sind unabhängig von dem Verhältnis der geschiedenen Eheleute zueinander und zu ihren Kindern.

Frau T., eine energische Frau, die wenig Mütterliches an sich hat und wenig nachgiebig ist, sucht alle Schuld nur bei ihrem Mann. "Er bräuchte eine Frau, die ihm schmeichelt". Der Mann: "Meine Frau ist mehr mit ihrer Mutter als mit mir verheiratet". Zum Mutter-Kind-Verhältnis gibt Frau T. an, daß sie den Jungen manchmal haßt, wenn er dem Vater so ähnlich ist. Sie meint, daß der Junge alle schlechten Eigenschaften des Vaters geerbt hat.

Im Fall der Frau Th. war das Kind von Anfang an über die Scheidung der Eltern unterrichtet worden. Auf Grund der Scheidungssituation bestanden bei dem Kind Schulschwierigkeiten. Angeblich sei das Kind beruhigt gewesen, daß sich die Eltern nicht von Anfang an gehaßt haben. Das Kind hat den Vater noch jahrelang besucht, dies aber in letzter Zeit unterlassen. Nach Angaben der Mutter, aus freien Stücken, da der Vater es unschön beeinflußt habe. Das Kind hat sich jetzt mehr der Mutter zugewendet.

Wieder anders sind die Verhältnisse der Frau D. gelagert. Hier hatte die Frau das Studium des Mannes finanziert, der nebenher noch andere Frauen hatte. Der Ehemann meint, seine Frau habe es versäumt ein ordentliches Familienleben aufzubauen. "Sie lag abends auf dem Sofa vor dem Fernsehgerät, machte kein Abendbrot usw...". Der Mann wurde schuldig geschieden. Er hat 1/2 Jahr lang nichts gezahlt, dann wurde das Gehalt gepfändet. Der Vater glaubt, daß die Schulschwierigkeiten des Kindes auf das mütterliche Versagen zurückzuführen sind. Über das Mädchen äußert sich die Mutter: "Sie ist halt wie der Vater". Sie sieht alle schlechten Eigenschaften in ihr und lehnt sie ab.

Ähnliche Verhältnisse finden wir im Fall der Frau R., einer kraftvollen Persönlichkeit, die von Beruf Fürsorgerin ist. Auch sie meint, daß das Kind vom Vater negativ erblich belastet ist. "Ein leichtsinniger Vogel". Hier dürfte die Vaterlosigkeit seit dem 3. Lebensjahr die dominierende Ursache in der Fehlentwicklung und Fehlhaltung des jungen Kindes sein. Das Kind geht ungern zu seinem Vater, der keine Sympathien für es hat und es häufig wieder wegschickt.

Auch in der Familie W. ist es nicht anders. Frau W. ist der Meinung, daß das Kind die Ausässigkeit und Bockigkeit vom Vater geerbt hat.

Die kindlichen Verhaltensstörungen treten in unseren wenigen Beispielen unabhängig von der positiven oder negativen Ein-

stellung der geschiedenen Eheleute zueinander auf.

Frau B. berichtet Lobendes über ihren geschiedenen Mann, er sorge pünktlich für den Unterhalt und erscheine 2 x wöchentlich zu Besuch. Die Kinder sind es gewohnt, daß der Vater immer nur zu Besuch kommt. Die Mutter versucht mit allen Mitteln ihre ungeordneten Familienverhältnisse zu vertuschen und ist ängstlich bemüht, den Schein einer gutbürgerlichen Familie aufrecht zu erhalten.

Frau Z. verwöhnt ihren Jungen, um ihn dadurch einigermaßen für das Fehlen des Vaters zu entschädigen. Er schläft bei ihr im Ehebett. Das Kind ist sehr feinfühlig, möchte niemandem weh tun, besucht den Vater regelmäßig alle 14 Tage und versteht sich gut mit ihm. Die Mutter spricht in positivem und anerkennendem Ton von ihrem geschiedenen Mann.

Anhand dieser beschränkten Anzahl von Beispielen wird bereits deutlich, daß grundsätzlich die gestörten Familienverhältnisse, das "Nichtfunktionieren" der Familie, als Ursache für die Verhaltensstörungen der Kinder anzusehen sind und daß selbst gute Beziehungen der Familienmitglieder nach der Scheidung, die kindlichen Störungen nicht verhindern können.

c) Die berufstätige Mutter

Von den 179 Müttern waren 50 Frauen in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder berufstätig. Hiervon gehen jetzt immer noch 37 Mütter einer Beschäftigung nach. Das sind keineswegs ausschließlich Arbeiterinnen, sondern berufstätige Frauen aus allen sozialen Schichten: Technische Zeichnerin, Sekretärin, Musik- oder Sportlehrerin, Verkäuferin, Putzfrau, Gastwirtin, Akkordarbeiterin, Krankenschwester, Studentin, Apothekerin und Fürsorgerin. Die Gründe der Berufstätigkeit sind teils durch soziale Not bedingt oder bedingt gewesen ("Ehemann ist kriegsbeschädigt" oder "noch im Studium"), teils durch materiellen Erwerbssinn ("gut-bezahlte Stellung", "mehr verdienen"), familiäre Gründe ("weil

die geschäftstüchtige Schwiegermutter es möchte") oder einfach die Liebe zum Beruf, wie im Fall der Frau G., einer Lehrerin: "Ich muß einfach unterrichten, da hat mein Leben erst Sinn und Erfüllung". Sie sagt, sie sei unzufrieden mit sich selbst, weil sie die gesteckten Ziele nicht erreicht habe. Sie spricht dafür jetzt schon von der Berufsausbildung ihrer 10-jährigen Tochter.

Wichtig in diesem Zusammenhang erschien uns eine Untersuchung über den Verbleib der Kinder während der Arbeitszeit der Mutter, insbesondere ob und wie sich diese stundenweise Mutterlosigkeit auf das Kind ausgewirkt hat.

In den meisten Fällen wurden die Kinder von der Großmutter versorgt, teilweise auch vom Vater. Einige Kinder wurden einer Nachbarin anvertraut, in ein Heim gebracht oder waren sich selbst überlassen.

Beispiele:

Frau B., eine frühere Fürsorgerin und jetzt durch Einheirat in einer Landwirtschaft tätig, macht sich Vorwürfe, daß sie sich wegen der vielen Arbeit nicht so um den Jungen kümmern konnte. Sie sei leicht aufbrausend und barsch zu ihm gewesen und es wäre nun ihre Schuld, daß er so nervös wäre. Das Kind leidet unter Einschlafstörungen, Angstzuständen und Nabelkoliken.

Ein ausgesprochen schlechtes Mutter-Kind-Verhältnis zeigt sich im Fall der Frau L., die in den ersten 3 Lebensjahren ihres Kindes voll berufstätig war. Die Mutter schildert die Entwicklung ihres Jungen ungenau und farblos. Er wirkt dressiert, gehemmt, ängstlich und unsicher. Auf Ansprache zuckt er zusammen. In der Schule weist er schwache Leistungen auf, die die Eitelkeit der lieblosen, nüchternen und ehrgeizigen Mutter verletzen.

Der 6-jährige Diter W. zeigt auch einen ausgesprochenen Milieuschaden. Beide Eltern sind berufstätig. Der Vater ist Landwirt, die Mutter betreibt mit Verwandten ein Erholungsheim. Abgesehen von einer 2-stündigen Mittagspause hätte die Mutter erst abends

Zeit für ihren Jungen. Mit 5 Jahren konnte das Kind noch nicht richtig sprechen. Es spricht noch in der 3. Person. Es hat Wortfindungsstörungen, ersetzt ihm nicht einfallende Wörter durch Assoziationen. Ein Beispiel hierzu: Das Wort "Tisch" fällt ihm nicht ein, er sagt "Blumen darauf" oder "Tasse" wird verlangt, er sagt "trinken". Die Mutter erklärt sich das Entstehen dieser Sprachschwierigkeiten so, daß sie ihn zu jener Zeit, da er gerade zu sprechen anfang, heftig angeschrien habe. Damals habe er zum ersten Mal eine Verkrampfung der Gesichtsmuskulatur gezeigt.

Geheultheit, Empfindlichkeit, nervöse Erregbarkeit und Reizbarkeit mit Aggressivität zeichnen den 12-jährigen Dieter Sch. aus, dessen Mutter im eigenen Geschäft tätig ist und sich nicht viel um den Jungen kümmern kann. Der Mutter wird dies jedoch gar nicht bewußt, sie denkt, daß so alles in Ordnung wäre. Sie demonstriert dies mit den Worten "er bekommt doch alles, was er braucht". Sie merkt nicht, daß der Bub viel alleine ist, daß ihm Schutz und geborgenheit fehlen. Ganz deutlich zeigt sich das große Anlehnungsbedürfnis des Kindes im Baumtest.

Die Mutter des 17-jährigen Alois P. ist Pächterin einer Gastwirtschaft mit einer Mindestarbeitszeit von 9-20 Uhr, am Wochenende noch länger. Der Junge ist inzwischen in einer Lehre. Er ist sehr labil, seelisch verkümmert, wehleidig und furchtsam. In seinem Verhalten und in seiner Entwicklung steht er auf der Stufe eines 12-13-Jährigen.

Die Erscheinungsbilder der Kinder der restlichen 45 berufstätigen Frauen sind nicht in jedem Fall so gravierend. Doch finden sich auch hier Regressionen wie Daumenlutschen, Nagelkauen, Einnässen, Einkoten, ferner Unruhe- und Angstzustände, meist in der Form des pavor nocturnus. Auch Zähneknirschen, Nabelkoliken, Erbrechen und Stottern werden beobachtet. Auffällig sind auch hier die Aggressionerscheinungen wie Trotz, Jähzorn und Jeglaufen. Nicht zu vergessen sind noch die Schulschwierigkeiten bei Grund- oder Oberschülern und asoziale Momente wie Lügen, Stehlen und

Streunen.

Die einzelnen Schädigungsmuster bei den Kindern treten mehr oder weniger stark in Erscheinung. In 13 Fällen findet sich eine Addierung bzw. Potenzierung ungünstiger Faktoren. Dies war besonders bei jenen Kindern zu beobachten, deren Mütter ledig bzw. geschieden und zusätzlich noch berufstätig sind.

Die Erziehungsschwierigkeiten scheinen in erster Linie davon abzuhängen, ob die Mutter im ersten oder den darauffolgenden Jahren des Kindes einer Beschäftigung nachging und nicht von der Dauer derselben.

d) Mutterersatz

Von 179 Kindern mußten sich 70 mit einer "Ersatzmutter" begnügen.

a') Großmutter

In 43 Fällen übernahmen diese Rolle die Großmütter, deren Töchter aus verschiedenen Gründen einer ganztägigen Berufstätigkeit nachgehen mußten, noch im Studium waren (2) oder in Scheidung lebten (2).

Ein dauernder oder vorübergehender Aufenthalt der Kinder bei der Großmutter brachte mehrere Probleme mit sich. Zum einen kamen die Großeltern mit den heranwachsenden Kindern nicht immer zurecht - wenn diese über Jahre bei den Großeltern lebten oder von diesen versorgt wurden -, zum andern wird die Bindung des Kindes zur Großmutter stärker als zur Mutter. Die Mutter wird aus ihrer eigentlichen Mutterrolle von der Ersatzmutter verdrängt. Hinzu kommt noch die Verwöhnung und Unterforderung in der Erziehung durch die Großmutter ("das kann er noch nicht, da ist er noch zu klein").

Wie stellen sich nun die Mütter zu dieser Situation? Einzelne Frauen halten es für ganz selbstverständlich, daß die Großmutter die Erziehung ihrer Kinder in die Hand nimmt. Sie küm-

mern sich nicht weiter um die Kinder.

Zu Spannungen zwischen Großmutter und Mutter kommt es in den Fällen, in denen die Frauen, die ihre Kinder vorübergehend für 1-2 Jahre zur Großmutter gebracht haben, sie nach Abschluß ihrer Berufstätigkeit wieder bei sich haben wollen. Denn die erzieherischen Einwände von seiten der Großeltern können nicht einfach unberücksichtigt bleiben. Hierzu ein Beispiel:

Frau H.'s Schwiegereltern mischen sich noch ständig in die Erziehung des Enkelkinds mit ein, nach dem sie es für etliche Zeit versorgt haben. Wenn das Kind von der Mutter gestraft wird und es schreit, läuft die ganze Verwandtschaft zusammen und macht der Mutter vor dem Kind Vorwürfe. Die Mutter meint, man untergrabe ihre Autorität dadurch, daß die Großeltern den Kleinen gegen sie aufhetzen ("hat sie dich wieder geschlagen, wir rufen die Polizei an, dann wird sie eingesperrt!").

Andere Frauen machen sich Gedanken darüber, ob ein längerer Aufenthalt des Kindes bei der Großmutter schädlich sein könnte. Diese sind allerdings der Meinung, daß dies nicht der Fall sein kann, "weil das Kind ja noch so klein gewesen wäre".

Eine Mutter hat bemerkt, daß ihr Kind von längeren Besuchen bei der Großmutter stets "verändert und traurig" zurückgekommen sei. Mehrmals wurde beobachtet, daß die ängstliche Haltung der Großmutter sich auf die Enkelkinder übertragen hat.

Manchmal lernen die Kinder durch Mitleid erheischendes Verhalten bei der Großmutter sich Vorteile zu verschaffen und Strafen zu entgehen, was ihnen bei den Eltern nicht gelingen würde.

b') Adoptivmutter

In einem Fall wurde ein 4 1/2jähriges Heimkind adoptiert. Das Verhältnis zu dieser Adoptivmutter und die weitere Entwicklung des Kindes in der neuen Familie sind als ausgesprochen gut zu bezeichnen.

c') Heimmutter

In Heimen oder Krankenanstalten wurden 16 Kinder für längere Zeit von sogenannten Heimmüttern betreut. Während eine Adoptivmutter einem angenommenen Kind voll und ganz Mutter sein kann, ist dies bei Heimmüttern aus Zeitgründen praktisch nicht möglich. So blieb es nicht aus, daß sich bei einigen dieser Kinder Hospitalisierungsschäden bemerkbar gemacht haben. Der Anlaß zur Heimunterbringung lag in einigen Fällen darin, daß die Mütter an langwierigen, orthopädischen oder neurologischen Leiden erkrankten und deswegen ihre Kinder nicht versorgen konnten. Oder bei den Kindern lagen Krankheiten vor, die einen längeren stationären Krankenaufenthalt erforderlich machten.

d') Sonstige Ersatzmütter

Bei 10 Kindern versahen für kurze oder längere Zeit Stief- oder Pflegemütter, Freunde oder Hausangestellte die Rolle von "Ersatzmüttern".

Ein Kind wurde z.B. in den ersten 7 Jahren seines Lebens von 11 verschiedenen Hausmädchen betreut. Die damals berufstätige Mutter meint heute, daß dem Kind dieser ständige Wechsel der Pflegepersonen nicht gut getan habe, zumal Unkorrektheiten vorkamen. Diese wurden auch von dem Kind bemerkt. Von der Mutter mußten sie übergangen werden, damit die Hausmädchen blieben.

Bei 2 Kindern hat der Vater die Mutterrolle übernommen. In dem einen Fall handelte es sich um einen Studenten, der sich in seiner vorlesungsfreien Zeit um das Kind kümmerte, im anderen Fall war es ein Musiker, der die Kinder tagsüber versorgen mußte.

e. Abhängigkeit von Mutter oder Schwiegermutter

In 25 Fällen konnte die Frage der Abhängigkeit positiv beantwor-

tet werden.

Die Gründe hierfür lagen zum einen Teil in der schwachen wirtschaftlichen Lage der jungen Eheleute. Die Mutter mußte arbeiten gehen, die Großmutter versorgte das Kind und den Haushalt. So war es auch bei Familie G. der Fall: Der Vater war damals noch Student, die Mutter sorgte für den Unterhalt. Das Kind wurde in den ersten 3 Lebensjahren von der Großmutter aufgezogen. Das Mädchen ist nervös und zappelig, altklug und schlampig. Zwischen Mutter und Kind besteht keine Gefühlsbindung, sondern ein Verhältnis auf rationaler Ebene. Die Mutter: "Ich habe das Gefühl, meine Mutter hat sie ganz verpatzt. Ich habe mir sie sehr gewünscht. Meine Mutter hat sie mir weggenommen. Das Kind gleitet mir einfach weg". Ähnlich liegen die Dinge bei Frau H., deren Problem bereits im Kapitel Ersatzmütter abgehandelt wurde.

Zum anderen Teil lag es an der noch kindlich unmündigen Haltung der Töchter bzw. Schwiegertöchter, die nur selten ohne die Ratschläge der Eltern auskamen. In 3 Fällen fügten sich die Töchter dem Willen ihrer Mütter trotz anderer, vielleicht auch besserer Ansicht. Mit dem Ausspruch "sie hätten nur um des lieben Friedens willen nachgegeben" versuchten sie die Situation zu bemänteln.

Bei den letztgenannten Müttern liegt die Schwierigkeit in ihrer erzieherischen Insuffizienz. Sie können ihre eigene Mutterrolle nicht übernehmen. Sie agieren bei der Erziehung ihrer Kinder in einer Nebenrolle als Statisten.

f. Geschwister der Mutter, Rangfolge

20 Mütter wuchsen als Einzelkinder auf. Nach ihren eigenen Angaben wurde die Mehrzahl von ihnen "verhätschelt", "verwöhnt, was nicht immer gut war", "gehegt und gepflegt, ich kann das jetzt nicht mehr leiden".

9 dieser Mütter haben wieder Einzelkinder, die von ihnen sehr

verwöhnt werden. Umgekehrt ist die Haltung der Kinder zu ihren übertont liebevollen und besorgten Müttern fordernd, zum Teil erpresserisch und tyrannisierend. Der kleine Peter von Frau K. z.B. droht seiner Mutter mit Weglaufen, um bestimmte Dinge bei ihr durchzusetzen.

50 Mütter waren die Ältesten ihrer Geschwister. 14 von ihnen erscheinen in ihrem Verhalten dirigistisch und dominierend. 24 sind von angepaßter, liebevoller Art und über 7 liegen keine Äußerungen vor.

35 Mütter waren die Jüngsten in der Geschwisterfolge. Hier sind weder vom Konstitutionstyp noch vom Verhalten her Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, die mit der "Nesthäkchenrolle" in Verbindung gebracht werden könnten. Auch in Bezug auf das Alter des Ehepartners war keine eindeutige Tendenz zum älteren oder jüngeren Ehemann zu erkennen. (7 Jüngere, 18 Ältere, 5 Gleichaltrige).

Mit Ausnahme von 3 Müttern, die ihre Kinder mit Strenge erzogen haben, war bei fast allen übrigen Müttern in ihrem Verhalten den Kindern gegenüber ein weicher, überbesorgter, zum Teil auch unsicherer Zug erkennbar. Frau Sch. meinte: "Ich bin dauernd zur Mütterberatung und zum Arzt gegangen, ich will eine gute Erziehung für meine Kinder".

III. DAS KIND

1. Rang in der Geschwisterfolge

Im folgenden wurden die Beziehungen von 61 erstgeborenen Kindern zu ihren Geschwistern und zur Mutter untersucht. Dieselben Beziehungen wurden bei 10 "Nesthäkchen" untersucht, wobei gerade hier auf das jeweilige Verhalten der Mutter großer Wert gelegt wurde.

Das Verhältnis zu ihren Geschwistern war bei 15 Erstgeborenen gut, bei 30 schlecht. Als Hauptgrund wurde Eifersucht (16 x) auf die jüngeren Geschwister angegeben, so auch im Fall der Familie C.: Der 6-jährige Manfred wird wegen der Frage der Schulreife in der Erziehungsberatungsstelle vorgestellt. Das Kind sei noch sp verspielt und gehemmt. Die Ursache liegt wohl darin, daß die jüngere Schwester, 3 Jahre alt, den Bruder "unter den Tisch redet" und "von früh bis spät im Rampenlicht steht, ohne daß man es will". Der Ältere ist eifersüchtig und antwortet mit entsprechend aggressiven Reaktionen: "Er biß sie in die Hand", "warf sie um, als sie laufen lernte". Die Mutter konnte die beiden Geschwister nicht alleine lassen.

Die 7-jährige Alexandra J. dagegen reagiert anders. Die Mutter berichtet: "Bis zum Alter von 4 Jahren sei A. ein strahlendes und vergnügtes Kind gewesen. Man dachte, es wird einmal etwas aus ihr. Mit der Geburt des Schwesterchens wurde dies anders. Von da an hat sie sich nicht mehr weiter entwickelt." Die Mutter gibt zu, sich bei der Ankunft des 2. Kindes weniger um die Ältere gekümmert zu haben.

Bei den Nesthäkchen fand sich folgendes Ergebnis: Nur 2 hatten zu ihren Geschwistern ein gutes Verhältnis. Sie wurden als Jüngste beschützt und verwöhnt. 7 Kinder empfanden die Beziehung zu ihren älteren Geschwistern schlecht, weil man ihnen zu

wenig Interesse und Geduld entgegenbrachte. Frau D., die als Einzelkind gegen ihren Willen "gehegt und gepflegt" wurde und jetzt selbst 7 Kinder hat, hält eine gewisse Vernachlässigung für nicht weiter tragisch. Kommentar zu ihrem Jüngsten: "Schon möglich, daß er bei der Menge Kinder etwas zu kurz kommt".

2. Entwicklung auf verschiedenen Gebieten

a) Geburtsgewicht

Es wurde ein Vergleich zwischen den 22 mindergewichtigen (1500 - 2500g) und den 18 schwergewichtigen (4000 - 5000g) Kindern in Bezug auf ihre Allgemeinentwicklung, das Kind-Mutter-Verhältnis und den Intelligenzquotienten angestellt.

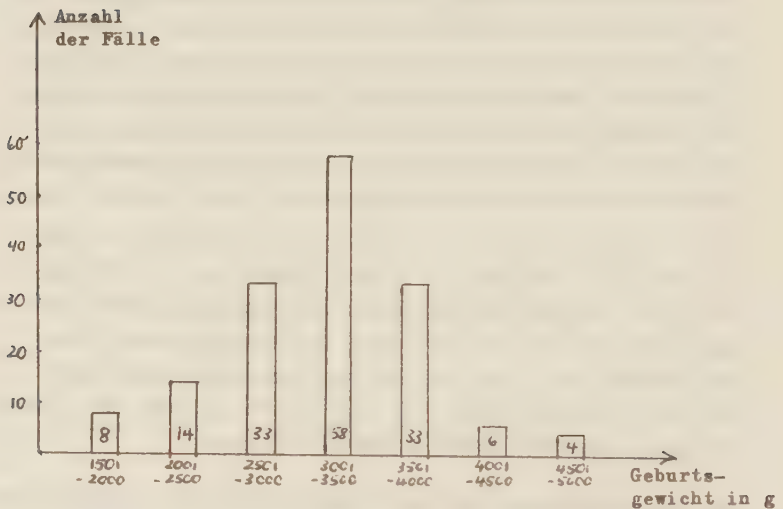


Abb. 1: Verteilung der Geburtsgewichte von 156 Kindern

Es kam zu folgendem Ergebnis:

Bei 12 Frühgeborenen verlief die Entwicklung auf dem Gebiet des Essenlernens, der Statik-Motorik, des Sprechenlernens, des Sauberwerdens und des Zahndurchbruchs völlig normal. 6 Kinder waren auf dem einen oder anderen Sektor retardiert. 3 Kinder zeigten auf mehreren Entwicklungsgebieten erhebliche Retardierungen. Ein Kind z.B. läuft erst mit 24 Monaten, ist mit 5 Jahren noch nicht bettrein und spricht mit 6 Jahren noch nicht ordentlich.

Bei der 2. Gruppe, der bei der Geburt Schwergewichtigen, fanden sich 9 normalentwickelte, 4 teilretardierte und 4 erheblich retardierte Kinder. Eine Mutter dazu: "Das Kind habe einen sehr großen Kopf gehabt, habe deshalb lange gelegen, fing erst mit 1 Jahr an sich zu setzen."

Die Kind-Mutter-Beziehung verhielt sich bei beiden Gruppen annähernd gleich, nämlich 10 x gut und 7 x schlecht bei den schwereren Kindern. 10 x gut und 5 x schlecht bei den Mindergewichtigen.

Unter den Frühgeborenen fanden sich 3 überdurchschnittlich begabte Kinder. 8 lagen im Durchschnitt und 8 waren unter dem durchschnittlichen Intelligenzniveau.

Bei der 2. Gruppe war nur 1 Kind durchschnittlich begabt, 5 waren minderbegabt und 6 zeigten einen überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten.

b) Essensgewohnheiten

Von 141 Kindern lagen Angaben über deren frühkindliche Essensgewohnheiten vor. Es überwogen 86 "gute" Esser. Darunter sind Kinder eingereicht, die altersgemäß Breie und Brocken ohne Widerstand zu sich genommen haben.

Die übrigen 55 Kinder machten auf diesem Gebiet im Säuglings- und Kleinkindesalter Schwierigkeiten, sei es, daß sie sich nur bestimmte Speisen füttern ließen und noch lassen.

Die Reaktionen der Mütter auf diese Schwierigkeiten bei der Ernährung sind unterschiedlich und vielfältig:

Eine ängstliche Mutter hat ihrem Kind die Flasche bis ins 5. Lebensjahr gegeben, "er ißt nicht viel, ich bin froh, daß er die Flasche nimmt, weil er so zierlich ist". Ähnlich eine andere Mutter: "Flasche früh und abends bis zum Alter von 2 1/2 Jahren, aus lauter Angst sie könnte verhungern. Andere Mütter waren rigoroser: "Das Kind soll essen, was ihm vorgesetzt wird". Manche Mütter versuchten es mit Zureden, Schlägen oder Hungernlassen.

Ein regelrechter Essenskult wird in der Familie L. getrieben. Die Kinder können bestellen, was sie wollen, die Mutter kocht es ihnen. Fleisch und Gemüse mag das Kind nicht, nur Salate, gekochten Schinken, Kuchen und Mehlspeisen.

Ein anderes Kind dagegen lehnt alle süßen Speisen ab, will gerne scharfe Sachen, dazu noch Bier "wie ein Erwachsener". Eine Mutter stöhnt: "Essen war bei uns immer ein ziemliches Drama, die halbe Familie wurde verrückt".

Die Eltern des schlechtessenden Richard E. machten mit dem Kind extra einen Skiurlaub, in der Hoffnung, daß das Kind dann besser essen würde. Aber auch das half nicht. Die Mutter erzählt: "Nachdem das leidige Thema 'Essen' abgesetzt war, ging es von ganz alleine". Wieder eine andere Mutter: "Mit 1 Jahr war die Eblust weg, es war eine Plage. Von da an war er zu dünn, zu untergewichtig".

Besondere Schwierigkeiten machte häufig die Umstellung der flüssigen Nahrung auf Brocken. Hierzu auch einige Kommentare: "Flasche und Brei ging gut, aber wenn ich mit Gemüse angefangen habe, war es aus" oder "alles was fest ist, lehnt er ab". Eine Mutter mußte bis zum Alter ihres Kindes von 4 Jahren täglich das Essen durch ein Sieb passieren, "das Gemüse und alles, daß sie nur noch schlucken mußte. Wenn ein Brocken dabei war, da hat es sie gehoben und alles war wieder draußen, das konnte sie wie auf Kommando."

Frau K. entschuldigt die Kaufaulheit ihres Kindes folgendermaßen: "Das hängt sicher damit zusammen, daß er Daumenlutscher war und das Gebiß nicht in Ordnung". Das Kind trägt eine Gaumenplatte.

Eine häufig anzutreffende Entschuldigung, auch auf anderen Entwicklungsgebieten, ist endlich die folgende: "Ein Erbstück des Vaters!"

c) Zahndurchbruch

Zu diesem Punkt wurden keine nennenswerten Angaben gemacht bis auf die Aussagen wann die 1. Zahnung bzw. der Zahnwechsel stattgefunden hat.

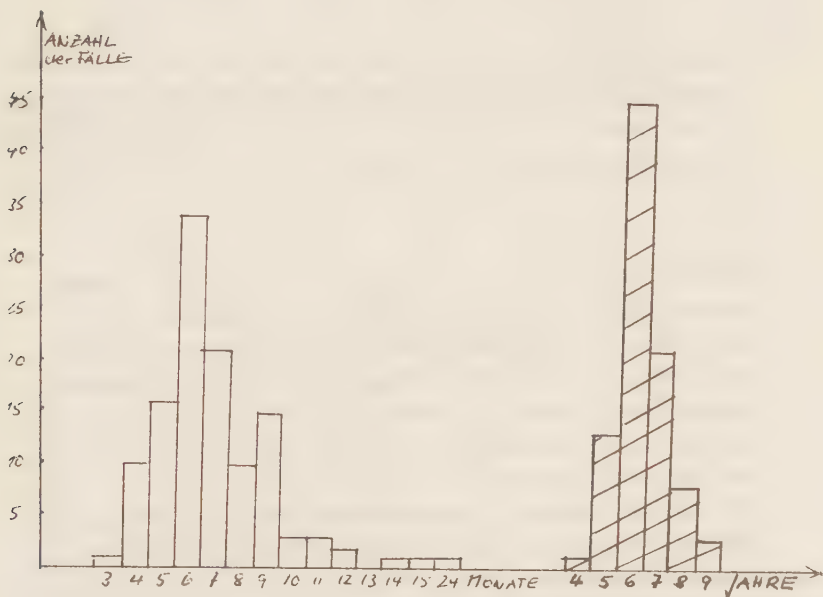


Abb. 2: Leere Säulen: 118 Angaben über die 1. Zahnung

Abb. 3: Schraffierte Säulen: 91 Angaben über die 2. Zahnung

d) Statik und Motorik

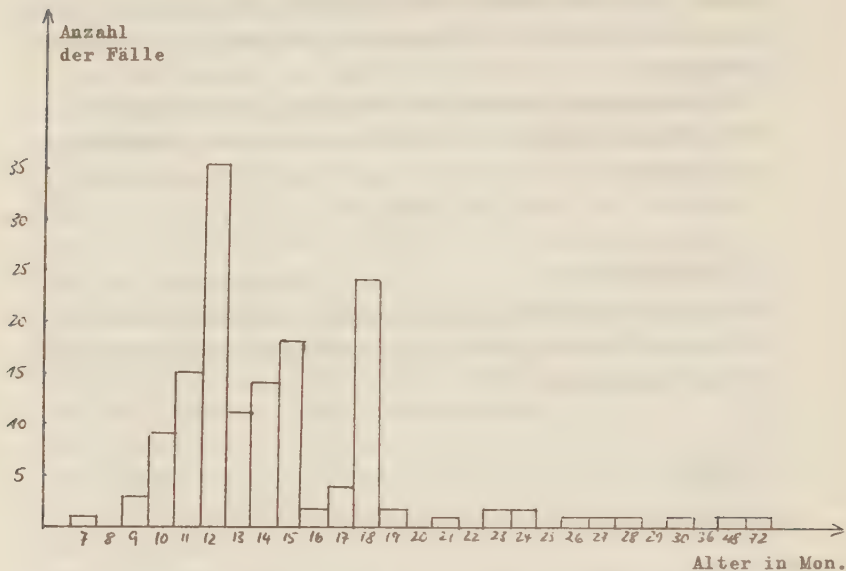


Abb.4: Verteilung von 152 Kindern zur Zeit des Laufenlernens

Beim Laufenlernen stellten sich bei den Kindern des öfteren Schwierigkeiten bzw. Verzögerungen ein. (Siehe Abb. 2)

Einige Mütter führten die Retardierung auf diesem Gebiet auf eine früher durchgemachte orthopädische Erkrankung (Hüftgelenksluxation) zurück, so auch Frau 6.: "Durch die Krankheit war sie immer sehr anfällig und schwach und konnte nie lange auf den Beinen bleiben".

Eine andere Erklärung, die von manchen Müttern in Bezug auf das verspätete Gehenlernen vorgebracht wurde, war das "zu schwere Gewicht" der Kinder. Frau K. über den kleinen Ralf, der mit 1 1/2 Jahren Laufen lernte: "Die Entwicklung war verzögert, weil er sehr schwer und groß gewesen ist". Auch Frau G.: "Weil er sehr schwer war, ist er anfangs immer nur an der

Wand entlang gelaufen und wenn er hinfiel, konnte er nicht mehr aufstehen". Eine andere Mutter gab hinsichtlich des etwas verspäteten Laufens folgendes an: "Das Kind ist mit 1 1/4 Jahren bei Gehversuchen hingefallen und dann 1/4 Jahr nur noch gerutscht. Nachdem es seine Angst vor dem Hinfallen überwunden hatte, konnte es bald frei laufen".

Die Mutter von Bruno R. meinte ihr Kind habe aus "Faulheit" erst mit 14 Monaten angefangen zu laufen.

e) Sauberwerden

In diesem Entwicklungspunkt kamen die unterschiedlichen Temperamente und Einstellungen der Mütter deutlich zum Vorschein. Frau E. störte es nicht, daß ihr Kind erst mit 3 Jahren sauber wurde. Sie gab an, "sie habe es sich leicht gemacht, weil sie diese ganze Angelegenheit für nicht so wichtig gehalten habe". Ganz anders verhielt sich Frau G. Sie hatte großen Wert auf Sauberkeit gelegt, weil sie "nicht gern Windeln waschen wollte".

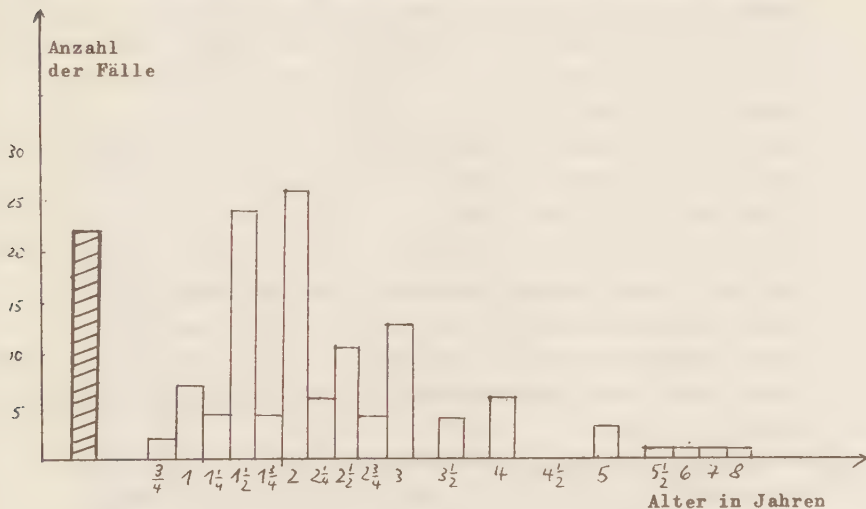


Abb. 5: Zeitpunkt des Sauberwerdens von 134 Kindern
 Schraffierte Säule: 22 Kinder waren z.Z. der Beratung noch nicht sauber

Frau D. hielt sehr viel von "der Technik des regelmäßigen Topfens". Frau H. hingegen hörte mit dem Wickeln auf, mit dem Erfolg, "daß Katharina von heute auf morgen trocken war". Frau K. schaffte es mit Schlägen: "Das hat's gebraucht". Anderer Meinung waren Frau B. und Frau R.: "Schimpfe oder Schläge halfen überhaupt nicht". Frau R. versuchte es zusätzlich noch mit Tabletten, ohne jedoch damit einen größeren Erfolg zu erzielen. Frau K. berichtet von einer strengen Sauberkeitserziehung: Der kleine Josef wurde bis zu seinem 8. Lebensjahr regelmäßig vor Mitternacht geweckt. Das Kind näßt heute noch ein, besonders bei Erkältungen oder aus Angst vor Strafen. Frau W. dagegen hatte ein vermehrtes Einnässen ihres Kindes vor allem während der Zeit, in der die Eltern in Scheidung lebten, bemerkt. Der Vater meinte, daß es sich um eine Erkältung handle.

Völlig verzweifelt kam Frau F. in die Beratungsstelle. Sie meinte, ihr Sohn würde aus Bequemlichkeit einnässen "und mit Schlägen müßte es doch gehen", zumal "es ihn reut und er sich schämt. Wenn er eine andere Krankheit hätte, das wäre auch nicht schön, aber das, das ist schlimm". Auch Frau S. ist ratlos, weil ihre 7-jährige Tochter immer noch nicht sauber ist, "obwohl ich mir doch so große Mühe gegeben habe".

Frau K. wundert sich über ihren Sohn, der erst mit 4 Jahren trocken wurde, "obwohl er doch sonst so sauber sei und keinen Schmutz an sich vertragen konnte".

Ein häufig wiederkehrendes Ereignis ist das "Wiedereinnässen" der bereits einmal sauber gewesen Kinder. Den Anlaß hierzu geben meist die neugeborenen Geschwister. Frau K. sagte zu ihrem 5-jährigen, erneut einnässenden Sohn, daß er das nicht dürfe, worauf dieser prompt antwortete: "Warum nicht, der Kleine macht es ja auch!"

In anderen Fällen wurde das erneute Einnässen nach Krankheiten beobachtet. Frau G.: "Seit der Vakzineenzephalitis". Frau S.: "Mit 1 Jahr war sie bereits trocken. Mit 5 Jahren, nach einem

Klinikaufenthalt, hat sie wieder eingenäßt. Ich habe ihr schon 1 DM versprochen, ich hatte gehofft, daß sie das anspornt, aber ohne Erfolg. Das Kind schämt sich nicht, das Einnässen gehört schon dazu".

f) Sprechenlernen

Auch auf dem Gebiet des Sprechenlernens zeigten sich passagere Tendenzen zur Retardierung, nämlich dann, wenn ein Geschwisterchen geboren wurde. Dann begannen Kinder, die bereits gut und deutlich gesprochen hatten, wieder mit der Baby-Sprache. Frau v. St. erzählt von ihrem Sohn, der bereits mit 7 Monaten klar und deutlich "Mama" und "papa" sagen konnte. Jetzt im Alter von 5 Jahren ahmt er beim Sprechen die kleine Schwester nach, wenn er etwas erreichen will.



Abb. 6: Beginn des Sprechenlernens von 130 Kindern

8 Kinder haben Sprachstörungen = schraffierte Säule

6 Kinder können noch nicht richtig sprechen = gepunktete Säule

Als Erklärung für das rechtzeitige und regelrechte Sprechen wurde von den Müttern u.a. folgendes angegeben: "Ich habe viel mit ihr geübt", "gut und rechtzeitig gesprochen, wie die Lehrerkinder". "Margit hat bald schön gesprochen, schon durch die Großen". Frau K. meinte, "er lernte schnell sprechen, weil er menschlichen Kontakt suchte". "Sprache die eines gepflegten Kindes". "Keine Kindersprache, ich habe ihr immer richtig vorgesprochen". Das war das Erfolgsrezept von Frau H.

Traten Verzögerungen beim Sprechenlernen ein, so wurden sie von einem Teil der Mütter mit den bereits bekannten Argumenten entschuldigt, wie z.B Krankheit "er war in der Sprachentwicklung zurück, weil er nicht richtig hören konnte" oder mit Faulheit. Frau H. hielt eine gewisse Verspätung beim Sprechenlernen nicht für schlimm: "Da war sie ausgesprochen langsam. Mit 2 Jahren konnte sie nur "Mama" und "Papa" sagen. Aber sie hatte eine lebhaftige Mimik, damit gelang es ihr, sich ausreichend verständlich zu machen".

Zu Sprachstörungen ihrer Kinder wie Stottern, Nuscheln, Lispeln gaben die Mütter folgende Kommentare: "Seine Schwester war 6 Wochen in Ferien, da hat er nicht gestottert", so meinte Frau G. "Durch seine Nervosität spricht er heute noch nicht richtig". Frau S.: "Das schlechte Sprechen wurde nach einer Adenotomie besser". Eine andere Mutter: "Das lag an den Polypen". "Das Nuscheln kann auch am Spalt (Gaumenspalte) liegen", war wieder eine andere Meinung. "Josef hatte mit 5 Jahren, nachdem er Schläge erhalten hat, angefangen zu stottern". Frau G. zu ihrem Kind: "Stottert, spricht auch sehr leise, als ob er vor irgendetwas Angst hat". Frau B.: "Vater stottert auch".

3. Konstitution und Somatogramm

a) Bei der Zuordnung der Konstitutionstypen von 55 Mädchen und 91 Jungen waren bei beiden Geschlechtern am häufigsten der

asthenisch-leptosome Körperbau vertreten. In charakteristischer Weise folgt bei den Jungen an 2. Stelle in der Tabelle der athletische Typ, der bei den Mädchen erst an 5. Stelle vertreten ist. Bei den Mädchen hingegen tritt am zweithäufigsten der pyknisch-gedrungene Habitus auf, der bei den Jungen an 4. Stelle aufgeführt ist. Vertreter frühkindlicher und dysplastischer Merkmale finden sich in der Häufigkeit bei beiden Geschlechtern an gleicher Stelle, der frühkindliche an 3. und der dysplastische an 6. Als Sonderform rangiert der gynäkomorphe Typ bei den Jungen an letzter Stelle der Unterteilung.

91 Jungen	55 Mädchen
1. asthenisch (-leptosom)	1. asthenisch (-Leptosom)
2. athletisch	2. pyknisch
3. frühkindlich	3. frühkindlich
4. pyknisch	4. Übergangsform
5. Übergangsform	5. athletisch
6. dysplastisch	6. dysplastisch
7. gynäkomorph	-

b) Von 170 Kindern waren die Somatogramme in über 80% der Fälle unauffällig. In 13,5% der Fälle lagen entweder beim Gewicht oder in der Körperlänge Disproportionen vor: 13 Über- und 2 Unterlängen, 10 Über- und 1 Untergewicht. Lediglich in 6% gab es kombinierte übermäßige bzw. untermäßige Körperdaten, nämlich 10 Überlängen und Übergewichte und 1 Unterlänge und Untergewicht.

Die Prüfung des Mutter-Kind-Verhältnisses bei 9 übergewichtigen Kindern ergab folgendes: In 7 Fällen lag eine gute Mutter-Kind-Beziehung vor und nur in 2 Fällen war sie schlecht.

Hinsichtlich der Konstitution und des Somatogramms lagen von

seiten der Mütter nur wenige Äußerungen vor, die Bezug auf Besonderheiten der formalen Gestalt oder des Unter- bzw. des Übergewichtes nahmen.

Bei Ursula war bereits mit 9 1/2 Jahren die Geschlechtsreife eingetreten. Die Mutter, Frau D., befürchtete nun eine sexuelle Gefährdung. In einem anderen Fall glaubte die Mutter von ihrem rasch wachsenden Kind auch entsprechende Einsicht und Verständnis erwarten zu können. Die Mutter merkte nicht, daß die 6-jährige Heidi durch die ständige Ermahnung "Du bist so groß, das tut man nicht" überfordert wurde. Ein anderes Mädchen ist in einem Jahr um 8 cm länger geworden. Die Mutter meinte dazu: "Sie war anfälliger, gerne krank, bekam leicht Fieber, hatte wenig Appetit". Eine andere Mutter, Frau S.: "Das Kind ist etwas zu dick, wenn sie deswegen gehänselt wird, weint sie".

4. Geistige Entwicklung

Bei 39 Kindern lagen, ererbt oder als Folgezustand einer Krankheit erworben, cerebrale Ausfallserscheinungen aller Grade vor. Der niedrigste IQ lag bei 53.

Bei den weitaus meisten Kindern bewegte sich das Intelligenzniveau im Bereich der Norm, nämlich bei 57 Kindern. Eine überdurchschnittliche Begabung wiesen 35 Kinder auf. Der höchste Intelligenzquotient lag bei 135.

Auffällig war, daß bei 7 von 10 Nesthäkchen, bei denen eine starke Mutterbindung nachweisbar war, überdurchschnittliche Begabungen vorlagen. Bei 2 anderen lagen die Fähigkeiten im Normbereich und nur bei einem Nachkömmling, der mit 7 Jahren einen Unfall erlitten hat, rangierte der IQ knapp unter dem Durchschnitt (IQ: 86).

Bei 42 erstgeborenen Kindern dominierten die durchschnittlichen Begabungen in 17 Fällen. Es folgten 14 Minderbegabungen noch vor den 11 überdurchschnittlich begabten Kindern.

"Winfried steht ganz im Schatten seines jüngeren Bruders, der in allem geschickter, flinker und auch in der Schule besser ist". Die Eltern sind in Sorge wegen seines mangelnden Selbstvertrauens. In einem anderen Fall, bei dem es sich um einen Erstgeborenen handelt, ist die Mutter, Frau H., wegen der ständigen Ängstlichkeit und Unsicherheit ihres Kindes besorgt: "Er hat große Angst vor neuen Situationen und Personen, wenig Ausdauer und gibt leicht auf. Er war eben der Erste, er hat nur gesehen was ich mache. Die anderen sehen auch was er macht!"

Bei den erstgeborenen, überdurchschnittlich begabten Kindern weisen rund 2/3, das sind 7 Kinder, eine gute Kind-Mutter-Beziehung auf. In den restlichen 4 Fällen ist sie nicht gut. Das Kind-Mutter-Verhältnis ist bei den minderbegabten Kindern, soweit sich dies bei der geringen Anzahl der Fälle sagen läßt, überwiegend schlecht.

Ähnlich verhält es sich mit den durchschnittlich begabten Einzelkindern, die als 3. Gruppe neben den Erstgeborenen und den Nesthäkchen untersucht wurden. Hier fanden sich ebenfalls überwiegend schlechte Kind-Mutter-Beziehungen (11 x schlecht, 4 x gut), während sie bei den überdurchschnittlich (4 x gut und 2 x schlecht) und den unterdurchschnittlich Begabten (3 x gut, 4 x schlecht) im wesentlichen unauffällig waren.

Als Beispiel für eine allgemeine Retardierung sei das Schicksal der 11-jährigen Renate etwas ausführlicher geschildert: Das Mädchen wuchs bis zur Einschulung bei der Großmutter auf. Die Mutter: "Sie spielt nicht wie andere Kinder. Sie ist in allem langsam und ungeschickt. Sie hat erst mit 8 Jahren Rollerfahren gelernt. Beim Anziehen muß man ihr noch helfen. Auf der Straße wird sie von den anderen Kindern ausgelacht, weil sie noch nicht schreiben konnte. Die Kinder lösen ihr oft die Schuhbänder, weil sie merkten, daß sie sie nicht wieder alleine zubinden kann. - Ich hänge mich hinein, ich komme nicht darüber hinweg. Wenn man andere Kinder sieht, denkt man, es könnte schlimmer sein. Dann fragt man sich wieder: Warum gerade Ich?"

Die kleine Jutta lutscht mit 9 Jahren noch am Daumen, kaut an den Nägeln, vor allem bei Schwierigkeiten. Außerdem begeht sie kleine Diebereien, neigt in letzter Zeit zu Tobsuchtsanfällen und quält kleine Tiere. Bis zum 3. Lebensjahr war sie ein durchaus annehmbares Kind. Dann kam sie in eine Lungenheilstätte, seither ist sie verändert. Die Mutter dazu: "Ich möchte wissen, warum die so ist. Die anderen sind doch auch nicht so".

Roswitha ist ein ängstliches und passives Kind, das sich von anderen Kindern alles gefallen läßt. Auf Vorhaltungen des Vaters: "Ja, B. begreifst's net?" - weint sie. Sie ist empfindlich, brav in der Schule und zu Hause. Der jüngeren Schwester gegenüber setzt sie sich durch. Die Mutter: " Sie fühlt sich eben immer gleich so schwach, man muß sie immer schieben". Die Mutter hatte ihre Langsamkeit erst zur Zeit der Einschulung gemerkt und ihr bis dahin alle Handgriffe abgenommen.

Bei Maria H. liegt eine erethische Debität vor. Das Kind nimmt nur breiige Kost zu sich. Zum Füttern muß es noch auf den Rücken gelegt werden. Sie hat gelegentlich absenceähnliche Erscheinungen, ist sehr leicht erregbar. Am leichtesten läßt sich das 3-jährige Kind durch Singen beruhigen. Die Mutter ist verzweifelt, sie will wissen, ob "das Kind tatsächlich schwachsinnig" sei und ob alles hoffnungslos sei.

Ingrid, 16 Jahre alt, ist debil, kotet und näßt gelegentlich ein. Sie schwänzt die Schule und begeht kleine Diebereien. Die Kritikfähigkeit des Mädchens ist deutlich herabgesetzt, sie ist leicht beeinflufbar. Nach Aussagen der Mutter ist sie sehr ungeschickt und langsam, kehrt vom Einkaufen oft stundenlang nicht mehr nach Hause. Die Mutter ist "völlig fertig"; sie fühlt sich dem Kind gar nicht gewachsen.

5. Verhalten zu anderen Kindern

Von 126 Kindern war in 60 Fällen das Verhältnis zu den anderen Kindern gut, d.h. die Kinder hatten guten Kontakt zu Kindern jeglichen Alters.

In 52 Fällen war das Verhältnis zu anderen Kindern gestört: Davon blieben 31 Kinder mehr oder weniger isoliert und ohne Kontakt zu ihren Spielkameraden. - Der 11-jährige Bernd geht in die Sonderschule. Er ist ängstlich. Die Kinder rufen: "Du Sitzenbleiber". Mutter: "Er hat viel zu leiden unter den anderen Kindern". - Ein anderer Junge wird wegen seines Stotterns ausgelacht. Die Mutter, Frau B., sorgt sich um seine weitere Entwicklung. - In einem anderen Fall ist der Junge deutlich retardiert, er findet keine Freunde. Seine Mutter, Frau Th. meint: "Er ist sehr verspielt". Die Schwierigkeiten seien angeblich erst nach einer Impfung aufgetreten.

Rudolf, ein kontaktarmer Einzelgänger und Linkshänder, wird von seiner Mutter folgendermaßen beurteilt: "Er ist oft verträumt und wird von den Schulkameraden gehänselt. Er geht deswegen auf Umwegen nach Hause". - Etwas anders liegen die Verhältnisse bei dem Mädchen Heidi. Sie findet keinen Kontakt zu Gleichaltrigen, Sie sucht Anschluß an kleinere Buben. Mutter: "Größere Kinder spielen nicht mit ihr. Sie möchte ein Junge sein". Weitere Aussagen von Müttern über ihre kontaktgestörten Kinder: "Behauptet sich wenig". "Geht nicht so aus sich heraus".

Bei 13 anderen Kindern fiel die ausgeprägte Tendenz zum Dominieren und Herrschen auf. Angaben der Mütter: "Will immer bestimmen". "Will immer den Großen spielen".

Bei einem anderen Kind lag ein ausgesprochen oppositionelles Verhalten beim Spiel mit anderen Kindern vor. Mutter: "Jürgen hat alles, aber auch alles anders gemacht".

Eine kleinere Gruppe von Kindern war durch ihre ständige Aggressionshaltung auffällig: Ein Junge zwickt und boxt ständig andere Kinder, stört den Unterricht. Die Mutter des 10-

jährigen Eugen sagt dazu: "Wo Blödsinn gemacht wird, ist er dabei". Frau R. über ihre Tochter: "Sie ist aggressiv, wo Kinder sind, geht sie auf diese los, beißt sie und schlägt sie. Ich kann mich in keinem Laden mehr sehen lassen".

In einem anderen Fall wies das Mädchen epileptische Krampfanfälle auf und zeigte in seinem Verhalten deutlich aggressive Neigungen. Die Mutter, Frau W., war deswegen sehr besorgt und meinte, daß eventuell ein Unglück geschehen könnte.

Ein Mangel an Aktivität zeigte sich bei 8 Kindern, die sich ohne Gegenwehr alles gefallen ließen, sich Spielzeug wegnehmen ließen und Ohrfeigen einsteckten. Ralf, z.B. ist ein ausgesprochener Einzelgänger, er spielt abseits von anderen Kindern. Die Mutter: "Er läßt sich alles wegnehmen".

Eine Abhängigkeit vom Alter in den Beziehungen zu anderen Kindern fand sich bei 13 Kindern, die sich zwar gut mit jüngeren, aber schlecht mit gleichaltrigen und älteren Kindern vertrugen. In einem Fall war es umgekehrt. Das Kind fühlte sich mehr zu älteren Spielkameraden hingezogen, während es mit jüngeren Kindern nichts anzufangen wußte.

Wie sich aus den Äußerungen der Mütter ergibt, scheinen manche Mütter die geringe Kontaktfähigkeit ihrer Kinder, sowie die gestörten Verhaltensweisen mitverursacht zu haben:

Mutter befürchtet schlechten Einfluß auf das Kind durch den Kontakt mit anderen Kindern: "Da lernt er doch nichts Gescheites".

Andere Eltern wollten nicht, daß ihre Kinder Kameraden mit nach Hause bringen: "Die anderen Kinder sind so frech".

Nur selten stellte sich eine Mutter positiv zur Begegnung ihres Kindes mit anderen Kindern: "Da lernt das Kind auch mal verzichten".

6. Verhalten im Kindergarten

Von 131 Kindern besuchten 92 regelmäßig den Kindergarten.

19 gingen gerne dorthin und zeigten ein unauffälliges, ange-

paßtes Verhalten ("ist lieb, tut alles, was man verlangt").

12 Kinder verhielten sich angepaßt ohne in spontaner Äußerung ihre Vorliebe für den Kindergarten auszudrücken. Von 3 anderen Kindern wäre zu erwähnen, daß sie zwar gerne in den Kindergarten gingen, dort aber wenig Kontakt mit den anderen Kindern hielten und abseits für sich alleine spielten.

Von einer ausgesprochenen Abneigung gegen den Besuch des Kindergartens kann man bei 7 Kindern sprechen, die ihren Widerwillen durch ostentatives Beiseitestehen demonstrierten. Bei 9 anderen Kindern zeigte sich ebenfalls eine negative Einstellung gegenüber dem Aufenthalt im Kindergarten: "Kommt schlecht zurecht", "weil die anderen Kinder so frech waren", "weil sich die Kindergartenante nicht mit ihm beschäftigte" meinten manche Mütter.

In 18 anderen Fällen fügten sich die Kinder nicht in die Gemeinschaft ein und standen abseits vom Kollektiv.

Bemerkenswert war das Verhalten von 2 Kindern, die angeblich ungern den Kindergarten besuchten, dort aber gerne spielten, was durch ihr angepaßtes Verhalten offenkundig war.

In 21 Fällen konnte keine Verhaltenseinstellung festgestellt werden.

32 Kinder besuchten den Kindergarten nicht. Folgende Motive und Überlegungen kehrten bei den Müttern, die ihre Kinder nicht in den Kindergarten schicken wollten, immer wieder: "Furcht vor ansteckenden Kinderkrankheiten", "Das Kind kann ja mit den Nachbarskindern oder mit den zahlreichen Geschwistern spielen", "die Eltern oder Großeltern haben genügend Zeit sich mit dem Kind zu beschäftigen", "der Kindergarten ist zu weit weg", "der Kindergarten ist überfüllt" oder "das Kind wollte nicht in den Kindergarten und die Mutter hat nachgegeben".

7. Verhalten in der Schule

Von 179 Kindern waren 39 Kinder noch nicht eingeschult und 80 Kinder boten trotz z.T. mangelnder schulischer Leistungen (Sonderschule) in ihrem Verhalten beim Unterricht keine Auffälligkeiten.

Von den übrigen 60 Kindern wird im wesentlichen das Verhalten der Mutter geprüft, in welcher Form sie sich zu den Schulschwierigkeiten und Verhaltensstörungen (Schwatzhaftigkeit, Ablenkbarkeit, "Störer") ihres Kindes stellt.

Einige Mütter gestehen sich ein, daß bei ihrem Kind tatsächlich schulschwierigkeiten vorhanden sind. Eine Mutter gibt unumwunden zu, daß ihre Kinder "eben geistig arg zurück sind". Manche Mütter suchen die Schuld bei sich, in ihrer Berufstätigkeit und damit in der mangelnden Zeit für das Kind. In anderen Fällen geben sich die Eltern große Mühe dem Kind bei der Bewältigung der Schulschwierigkeiten zu helfen. Sie gehen konform mit dem Lehrer und unterstützen ihn bei seinen pädagogischen Bemühungen. Eine Mutter ging sogar zum Psychologen, "um allem vorzubeugen".

In der Mehrzahl der Fälle, in denen Schulschwierigkeiten vorliegen, überwiegen die uneinsichtigen Reaktionen der Mütter, die sich zum Teil zu grotesken Motivierungen versteigen: Eine Mutter glaubte, daß der "böse Lehrer" an den schlechten Schulleistungen ihres Kindes Schuld sei: "Das Kind kann alles. Der Lehrer ist nur nicht gut auf das Kind zu sprechen".

Ähnliche Beschuldigungen des Lehrers wurden auch noch von anderen Müttern angeführt. Als weitere Gründe für das schlechte Abschneiden der Kinder wurden u.a. organische Krankheiten des Kindes, Erkrankungen des Lehrers und häufiger Lehrerwechsel angegeben.

Manchen Müttern ist der Gedanke, ihr Kind in eine Hilfsschule geben zu müssen, unerträglich: "Welche Schande, nein dort darfst Du nicht hin". Andere Mütter glauben bei ihren Kindern mit Hilfe von Drohungen und mit Strenge etwas ausrichten zu können. Sie

unternehmen aber meist nichts, um den Lehrer in seiner Arbeit bei der Behebung der Schulschwierigkeiten zu unterstützen. Oft wird eine wirksame Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule durch eine persönliche Abneigung gegenüber dem Lehrer erschwert.

8. Der Schlaf

Bei 137 Kindern wurde das Schlafverhalten untersucht. 58 Kinder schiefen gut. 79 Kinder zeigten Schlafstörungen:

Sie wiesen Einschlafstörungen auf, wachten und schrien nachts häufig auf (pavor nocturnus), schiefen unruhig, phantasierten oder sahen Gespenster. 3 Kinder schiefen in Knie-Ellenbogen-Lage.

Häufig wollten die Kinder abends nicht ins Bett. Eine Mutter schildert das Verhalten ihrer Tochter beim Zubettgehen wie folgt: "Wenn Sybille ins Bett gehen soll, bekommt sie plötzlich Hunger oder Durst und 100 Ausreden fallen ihr dann ein. Um 20 Uhr wird sie ins Bett gelegt, um 22 Uhr singt sie immer noch".

Frau H. berichtet über die Verzögerungstaktiken ihres Sohnes, der, nachdem er zu Bett gebracht worden ist, mindestens noch 10 mal aufsteht und Licht macht, "weil er sonst so schlechte Sachen träumt". Oft wird er wegen des ständigen Wiederaufstehens körperlich gezüchtigt. Die Mutter hatte es zwischendurch auch im Guten versucht: "Ein paar Mal habe ich mich mit ihm schlafengelegt oder ich habe ihm vorgelesen. Daraufhin ist er gelegentlich früher eingeschlafen".

Frau B.: "Als er noch ganz klein war, da stand ich eine Stunde am Bett. Er ließ meine Hand nicht los. Licht mußte brennen. Auch heute geht er nicht alleine ins Bett. Das kleine Schwesterchen muß dabei sein".

Ähnlich ist es bei Frau H. Das jetzt 11-jährige Mädchen bleibt nicht alleine zu Hause. Die Eltern können deswegen nie weggehen. Wenn das Mädchen zu Bett geht, müssen alle Türen geöffnet sein

und überall muß Licht brennen. Am liebsten wäre es dem Kind, wenn die Mutter mit ins Bett ginge. Die Mutter meint, daß die Ängstlichkeit mit dem zu vielen Lesen zusammenhänge.

Frau M. erklärt die Furcht ihres Kindes vor dem Zubettgehen so: "Sie ist mit 6 Jahren hinterrücks von einem Hund angefallen worden, seither hat sie diese Angst."

Sybillie befürchtet ständig, daß die Mutter fortgehen könnte. Vor lauter Angst kann sie nicht einschlafen. Wenn die Eltern ausgehen wollen, ist immer jemand beim Kind.

Eine Reihe von Kindern wird vom pavor nocturnus geplagt. Die Reaktionsweisen der Mütter dazu sind unterschiedlich. Frau M.: "Er heult und irrt nachts umher!" Ihre Erklärung: "Das hängt mit dem zunehmenden Mond zusammen". - Frau H.: "Er schreit jede Nacht und beruhigt sich erst, wenn ich ihn mit ins Bett nehme".

Die kleine Sabine B. schreit nachts 2-3 Stunden lang. Der Vater des Kindes leidet an einer Schizophrenie. Die Mutter meint: "Das Kind hat etwas davon abbekommen". - Frau H. berichtet: "Es ist ein ständiges Drama bei uns. Unsere 8-jährige Tochter schreit jede Nacht wahnsinnig hysterisch "Mutti, Mutti". Wenn wir dann vor dem Bett stehen weiß sie von ihrem Geschrei nichts mehr. Anschließend schläft sie tief und fest ein. Ist sie bei der Großmutter in einer anderen Stadt, wo sie im Ehebett schlafen darf, dann bleibt sie die ganze Nacht ruhig". Die Mutter gibt spontan an, daß sie in ihrer Jugend ebenfalls sehr ängstlich war und nur ungern ins Bett ging.

Die Schlafstörungen traten unabhängig davon auf, ob die Kinder alleine (8 Kinder) oder mit mehreren Personen z.B. Eltern, Mutter, Geschwister, Großeltern in einem Zimmer zusammenschliefen, wie es bei 27 Kindern der Fall war.

9. Krankheiten der Kinder

Die üblichen hinderkrankheiten, die komplikationslos verlaufen,

interessieren hier nur am Rande.

Für die Untersuchung wesentlicher sind die chronisch kranken Kinder z.B. Asthmatiker, Epileptiker, durch deren Erkrankung die Mütter einer erheblichen zeitlichen und pflegerischen Belastung unterworfen sind. Wie werden die Mütter damit fertig und wie verhält sich das Kind unter diesen Krankheitsbedingungen?

Die kleine Petra S. z.B., die unter Krampfanfällen leidet, erpresst die Mutter mit vorgetäuschten Anfällen und Kopfschmerzen. Sie weiß, daß die Mutter darauf ängstlich reagiert. Der Vater meint: "Das Kind ist hysterisch und macht Theater" - "wenn wir sie nicht beachten würden, würde sie es sein lassen" - "und so war es auch".

Ähnlich verhält sich Annemarie S., die trotz Medikation etwa alle 2 Monate epileptische Anfälle mit Zungenbiß, Schaum vor dem Mund, Augenverdrehen und Nachschlaf bekommt. Sie simulierte Anfälle, um die Mutter zu ärgern. Als die Mutter ihre geschauspielerten Anfälle durchschaute, lachte sie nur.

Auch Claudia H. ist an einem gemischten Anfallsleiden erkrankt. Die Mutter steht dem Kind hilflos gegenüber: "Die kann den ganzen Tag müde sein", "legt sich allzu gerne flach", "drückt sich vor der Konzentration". Sie kommt wegen ihrer erzieherischen Unsicherheit in die Beratungsstelle: "Kann ich auf das Kind Druck ausüben. Ist sie dem gesundheitlich gewachsen? Ob ich ihr überhaupt mal eine Ohrfeige geben kann und streng sein darf"?

Eine Häufung von ungünstigen Momenten kommt bei der 9-jährigen Brigitte N. zusammen. Die Ehe der Eltern wurde geschieden, als das Kind 3 1/2 Jahre alt war. Sie wurde von ihrer Mutter in körperlicher und seelischer Hinsicht vernachlässigt. Sie war in ihrer geistigen Entwicklung deutlich retardiert. Sie erkannte wohl Gegenstände, wußte ihren Zweck, konnte sie aber nicht benennen. Brigitte beschäftigte sich stundenlang allein, nahm aber wenig Notiz von ihrer Umwelt. - Ihre jetzige Stiefmutter sorgt sich sehr, weil Brigitte von den anderen Kindern abge-

lehnt wird. In der Schule läßt man sie wegen ihrer geistigen Trägheit stehen. Kinder: "Man muß ihr alles 3 x sagen". Die Mutter selbst hat keine Schwierigkeiten mit dem Kind, sie sorgt sich: "Die ist immer so brav, wenn sie nur so frech wäre, wie die anderen Kinder; die kann einem schon leid tun". Ein anderer typischer Fall liegt bei Hans-Ulrich vor. Der 5-jährige Bub gehorcht schlecht ("Mutti, das ist das Schwerste, was es gibt") ist sehr labil, unausgeglichen, kann sich schlecht konzentrieren und ist übermäßig ängstlich. Die Mutter klagt, daß das Kind kein richtiges Vertrauen zu ihr habe und daß sie "schlecht an ihn herankomme", trotz eifrigen Beobachtens und Verstehenwollens. Die Mutter stellte im Laufe der Zeit fest, daß H. auf 2 Arten reagiert, wenn er mit einem Problem nicht fertig wird: Entweder wird sein Ekzem schlimmer, er kratze dann den ganzen Körper blutig oder er bekomme einen Asthmaanfall. Davor hat die Mutter große Angst und wagt deshalb oft nicht dem Jungen gegenüber so konsequent zu sein, wie es nötig wäre. Die Mutter schildert ein Beispiel: Sie sei auf einer größeren Einladung ihrer Eltern gewesen, als H. ins Zimmer kam. Er habe vor den vielen Menschen Angst bekommen. Die Mutter habe gemerkt, daß ein Anfall bevorstand, deshalb sei sie mit ihm ins Freie gegangen, wo er durch ein Eichhörnchen so abgelenkt worden sei, daß er wieder ruhig und normal geatmet habe. Die Mutter meint, daß die auslösenden Momente seelischer Natur seien, z.B. wenn die Eltern ausgehen und ihn alleine lassen.

10. Primäre Entwicklungsstörungen

Die primären Entwicklungsstörungen wurden in 4 Gruppen eingeteilt: a) in die pränatalen
b) in die perinatalen
c) in die postnatalen und
d) eine Gruppe bildeten die allgemein retardierten Kinder, bei denen kein offensichtlicher Grund für das Zurückblei-

ben gefunden werden konnte.

Bei allen diesen Kindern wurde der IQ und der zum Teil mehrmals wiederholte EEG-Befund geprüft.

a) Pränatale Schädigung

Bei 2 der wahrscheinlich pränatal geschädigten Kinder, die beide debil sind, litt eine Mutter an Schizophrenie, die andere war morphiumsüchtig. Trotz einer Entziehungskur ist sie nach wie vor eine sehr labile Frau. Sie raucht viel, treibt sich gelegentlich mit fremden Männern herum und hatte schon mehrere Suicidversuche hinter sich. "Ich bin ja auch ein Problem dabei" meint sie in Anbetracht der Erziehungsschwierigkeiten ihres Sohnes, von dem sie tyrannisiert wird. "Er saß jahrelang im Schaukelstuhl und hörte Musik. Abends will er nicht schlafen-gehen". Das untermaßige, hypothyreotische Kind zeigt Retardierungen auf dem Gebiet der Ernährung, der Statik und Motorik, der Sauberkeitsgewöhnung und der Sprachentwicklung.

b) Perinatale Schädigung

Bei den perinatal gesetzten möglichen Schädigungen überwogen die Nabelschnurumschlingungen mit teilweise stark asphyktischen Zuständen. Von 10 Kindern, bei denen eine Nabelschnurumschlingung bzw. mittel- bis hochgradige asphyktische Zustände vorlagen, waren 3 debil. In 1 Fall war das EEG unauffällig. Bei 4 Kindern lagen sowohl die IQ- als auch die EEG-Befunde im Bereich der Norm. In 3 Fällen wiesen die Kinder eine durchschnittliche Begabung bei pathologischen EEG-Befunden auf. 1 Kind war infolge einer Gehirnblutung debil. Im EEG zeigten sich Hinweise einer diffusen Hirnschädigung. Die Mutter des Kindes, Frau D., eine kleine, rundliche Frau, erzählt von der schweren Geburt: "Der Kopf blieb stecken, der Arzt griff mit der Hand ein. Das Kind war blau; es hat nicht geschrien und bekam gleich nach der Geburt Krämpfe. Es mußte in die Kinderklinik. Von der Gehirnblutung hat man mir erst erzählt als die Schulschwierigkeiten be-

gannen". Die Mutter ist ehrlich besorgt um Renate: "Ich bin dankbar für jeden Rat".

Von 19 Frühgeborenen waren nur 3 überdurchschnittlich begabt. 8 Kinder wiesen einen durchschnittlichen IQ auf. Minderbegabung bis zur Debität reichend, fand sich bei 8 Kindern. In 13 Fällen war der EEG-Befund dem Alter entsprechend bzw. nicht sicher pathologisch. In den restlichen EEGs traten pathologische Veränderungen auf.

Von 7 Fällen mit verlängerter Geburtsdauer (36-48 Std.) lag bei 3 Kindern das Intelligenzniveau unter der Norm, bei 2 Kindern im unteren Bereich der durchschnittlichen Begabungen. 1 Kind wies einen durchschnittlichen IQ auf und 1 Kind zeigte eine überdurchschnittliche Begabung.

c) Postnatale Schädigung

In 6 Fällen von postencephalitischen Zuständen - davon 2 x nach Otitis media, 1 x nach Masern und 1 x nach Vaccination - war bei 4 Kindern eine Debität zurückgeblieben. Beim 5. Kind lag als Folgezustand ein Anfallsleiden vor mit leicht vermindertem IQ (91). Beim 6. Kind trat als Komplikation zur Vaccine-encephalitis eine eitrige Meningitis hinzu. Der IQ lag im unteren Bereich der Norm bei pathologisch verändertem EEG.

d) Allgemeine Retardierung

Bei 6 Kindern ergab sich mit Ausnahme eines Falles (IQ 90, EEG: fokalsymptomatisches Anfallsleiden) weder aus Anamnese noch Untersuchungsbefund ein Grund für die allgemeine Retardierung.

In den Verhaltensweisen der Mütter gegenüber ihren Kindern, bei denen alle Grade von körperlichen oder/und geistigen Mängeln vertreten waren, konnten keine einheitlichen Regeln gefunden werden. Beweise rührender Fürsorge für das hilflose, debile Kind wurden angetroffen, aber auch das gegenteilige Verhalten

mit einem Minimum an Anteilnahme und Verständnis für das Schicksal des geschädigten Kindes, wie es die nachstehend aufgeführten wenigen Beispiele zeigen:

Frau D., die wir schon an anderer Stelle zitiert haben, ist verzweifelt über das Schicksal ihres Kindes (Geburtstrauma, Hilfsschule). "Ich hänge mich hinein, ich komme nicht darüber hinweg. Wenn man andere Kinder sieht, denkt man es könnte schlimmer sein. Dann fragt man sich wieder warum gerade ich"?

Frau T. versucht das hilfsschulreife Kind wie ein normales Kind zu behandeln und läßt es nicht fühlen, daß es geistig zurückgeblieben ist. Der Vater betont während der Beratung, daß seine Frau nie arbeiten gegangen ist, sondern nur für die Kinder dagewesen sei.

Auch die Eltern von Heidemarie H., die aufgrund einer Otitis media eine frühkindliche Hirnschädigung erlitten hat, sind ehrlich besorgt und bemüht ihrem Kind weiterzuhelfen.

Anders reagiert Frau M. auf ihr debiles, unter Anfällen leidendes Kind. Sie sieht in ihr die "böse" Tochter, während der gesunde Bruder vorgezogen wird. Die Mutter jammert darüber, solch ein Kind zu haben und findet es lästig, sich so viel mit ihm abgeben zu müssen.

Frau D., erzieherisch völlig insuffizient, ist ihrem debilen Kind gegenüber eine vollkommen untaugliche Mutter. Sie läßt die Dinge geschehen, ohne aktiv in die Erziehung einzugreifen. Sie hat keinerlei Durchsetzungsvermögen.

Ähnlich ist Frau F., die bei ihrem einnässenden, debilen, hilfsschulreifen Kind auf ein Wunder hofft, ohne selbst etwas zu tun.

Frau N., für die ihr krampfleidendes und einnässendes Kind eine Belastung ist, haßt das Mädchen, weil es angeblich ihre Ehe zu zerstören droht. (Der Ehemann ist nicht der Kindsvater). Sie stellt an das retardierte Kind Anforderungen wie an einen Erwachsenen. Sie möchte das Mädchen weggeben, "damit sie ein-

mal sieht, wie sie es zuhause gehabt hat". Die Mutter bewertet jedes Versagen des Kindes mit unruhiger Strenge. Sie sagt auch: "Ich bin dauernd gespannt, was sie jetzt wieder anstellen könnte".

Eine sichere direkte Beziehung zwischen Grad der affektiven Zuneigung der Mutter zum Kind und der Höhe des Intelligenzniveaus konnte nicht gefunden werden (vgl. nachstehende Tabelle):

Schädigung	Zahl d. guten Mu-Ki-Bezieh.	IQ	Zahl d. schlecht. Mu-Ki-Bezieh.	IQ
pränatal	2	1 ø 1 -	1	1 -
perinatal				
- Nab.U.u.As.	2	1 ø 1 +	7	5 ø 2 -
- Frühgeborene	8	2 + 4 ø 2 -	10	5 ø 5 -
- lange Geb.Dau.	2	1 + 1 ø	5	4 ø 1 -
postnatal	3	3 -	2	2 ø
allg. Retardierung	-	-	6	5 ø 1 -

Zeichenerklärung: ø = durchschnittlich begabt
+ = über " " "
- = unter " " "

Nab.U. = Nabelschnurumschlingung
Ad. = Asphyxie

Außerdem hat es den Anschein, als ob sich in einzelnen Fällen die mütterliche Liebe dem debilen, minderbegabten, hilflosen Kind und dem überdurchschnittlich begabten Kind eher zuneigt, als jenen Kindern mit einem mittleren IQ.

BESPRECHUNG

Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen wurde auf die eingangs gestellten Fragen, inwieweit die erzieherische Schwierigkeit primär beim Kind lag oder ob sie durch mütterliches Verhalten ausgelöst wurde, folgende Antwort gefunden:

a) Von mehr als $1/3$ unserer Fälle kann gesagt werden, daß die Fehlhaltungen der Kinder durch ihre "gestörten Mütter" induziert wurden.

Unter "gestörter Mutter" verstehen wir einmal die durch äußere Umstände belastete Frau, die unter zerrütteten Familienverhältnissen, jahrelanger Berufstätigkeit, Krankheit usw. zu leiden hat und zum anderen jene Mütter, die ohne erkennbare Ursachen verhaltensgestört sind. Hierzu gehören einerseits die ausgeprägt dirigistischen und ehrgeizigen Mütter, andererseits die erzieherisch-insuffiziente Frau.

72,7% der Ehen mußten als schlecht bezeichnet werden. Das ist in Bezug auf das Gedeihen einer Kinderseele ein äußerst ungünstiger Gedeihfaktor. Ruth BANG (1) fordert für eine gute Ehe "Partner, die seelisch gesund sind, d.h. solche, die sich selbst, ihren Mitmenschen und dem Leben vertrauensvoll zugewandt sind. Denn nur diese Eltern werden ihren Kindern Gefühls-
werte wie Vertrauen, Sicherheit, Geborgenheit vermitteln können". Aber in der Überzahl der Fälle werden die Kinder meist zum Kampfmittel der Erwachsenen. Sie sollen ein Defizit im gestörten seelischen Haushalt von Vater oder Mutter ausgleichen. In unseren Fällen wurden 17 Kinder von einem Elternteil übermäßig verwöhnt. Da das Kind es mit keinem Elternteil verderben will, ist für die Kinder aus gestörten Ehen die Gefahr zu charakterlicher Fehlentwicklung wie Unechtheit im Gefühl, Opportunismus gegeben. Die Kinder können sich nicht orientie-

ren, sie bekommen keinen Halt.

GRAEFE und HECKHAUSEN (8) sehen in dieser mißlichen Situation einer schlechten Ehe noch etwas Positives: "Häufig ist das Schwierigsein des Kindes der einzige Kitt der brüchigen Ehe".

Gute Eheverhältnisse sind jedoch nicht immer eine Garantie zugleich für gute Mutter-Kind-Verhältnisse, wenn auch in unseren Ergebnissen die schlechten Mutter-Kind-Beziehungen bei schlechten Ehen überwiegen.

Der Vater spielt nicht nur als Partner für die Ehe eine Rolle, sondern er sollte auch für das Kind so sein, wie er in nur wenigen Fällen (57 gute Vater-Kind-Beziehungen bei insgesamt 137 Fällen) beschrieben wird: Der Vater ist ruhig, geduldig, konsequent in der Erziehung, er nimmt sich Zeit für das Kind, er spielt mit ihm. Abgesehen von den wenigen Vätern mit asozialen Eigenschaften richtete sich der Hauptvorwurf gegen das Sichabsperrern, das Unbeteiligtsein, gegen die Kontaktarmut des Vaters gegenüber Frau und Kindern. Der Behauptung von SCHWIDDER (23) ist nicht zu widersprechen, wenn er sagt, daß die seelische Erkrankung einer Mutter manifest wird, weil der Vater versagt.

Die ablehnende Haltung dem Mann gegenüber, die häufig aus dieser Vernachlässigung resultiert, überträgt sich nicht selten auch auf das Kind. In unseren Fällen wurde diese Tatsache von 4 Frauen spontan zugegeben. Eine von diesen Frauen erzählt, daß sie wegen einer unerwartet eingetretenen Schwangerschaft von ihrem Mann während dieser Zeit mißachtet und vernachlässigt wurde. Er habe sich wegen dieses späten Nachwuchses geschämt. Die Frau sagt heute, daß sie zu ihrem Kind keinerlei Kontakt habe, "sie könne es einfach nicht mit ihm".

In diesem Fall und in der Mehrzahl der Mütter mit unehelichen Kindern hat die Ablehnung des Kindes bereits pränatal stattgefunden. RICHTER (21) deutet an, daß sich die ablehnende Haltung der Mutter auch anders ausdrücken kann: "Die unbewußte Ablehnung

mancher Mütter läßt sie ihre Kinder nicht vernachlässigen, sondern übermäßig behüten und verzärteln". Diese getarnte Ablehnung konnten wir in 6 Fällen finden.

Über seelische Krankheiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt haben bereits etliche Autoren, vorwiegend Psychoanalytiker und Gynäkologen, berichtet.

MONTAGU (15) und FERREIRA (6) beobachteten, daß pränatale, emotionale Einflüsse Auswirkungen auf den Reifungs- und Entwicklungsprozeß des Kindes haben können. Von unseren Frauen wären jene aufzuzählen, die während der Schwangerschaft starken Ängsten und seelischen Erschütterungen ausgesetzt waren: Einmal ist der Kindsvater tödlich verunglückt, eine andere Frau hat schon etliche Fehlgeburten durchgemacht und hofft nun voller Bangigkeit dieses Kind zu behalten. Obengenannte Störungen konnten wir jedoch bei den beiden betroffenen Kindern nicht finden.

Mehr Literatur liegt über nachgeburtliche Einflüsse vor. BOWLBY (2), SPITZ (29), DÜHRSEN (3), SCHWIDDER (24) u.a. betonen, welchen großen Einfluß die frühzeitige, enge und gute Mutter-Kind-Beziehung auf die Gesamtentwicklung des Kindes hat. Schädliche Einflüsse sind Fehlen der mütterlichen Wärme und Geborgenheit. Es ist außerdem wichtig, zu welchem Zeitpunkt der Entzug der mütterlichen Fürsorge einsetzt und vor allem wie lange das Kind die mütterliche Zuwendung entbehrt. SPITZ (29) unterscheidet zwischen ungeeigneten und unzureichenden Mutter-Kind-Beziehungen (Körperlicher und geistiger Verfall bei völligem Entzug). Die ungeeigneten Beziehungen wirken psychotoxisch auf die Reifung und Entwicklung des Kindes. Psychisch vergiftend kann auch eine ungünstige Familienatmosphäre (SEELMANN (25)) wirken, wie wir sie auf der einen Seite bei unseren dirigistischen und ehrgeizigen, auf der anderen Seite bei den verwöhnenden, erzieherisch-insuffizienten Müttern beobachten konnten. Von 153 Fällen müssen 94 Beziehungen zwischen Mutter und Kind als schlecht

bezeichnet werden.

SCHWIDDER (24) sagt zu diesem Thema, daß nicht allein grobe Traumen, sondern feinste atmosphärische Störungen, wie eine neurotische Mutter oder ein neurotischer Vater, entscheidende Umweltfaktoren für das Kind sind und es einschneidend und nachhaltig prägen können, aber nicht müssen.

SCHOTTLÄNDER (22) hält seelische Unterernährung und Überlastung (in unseren Fällen 17 bzw. 20 x) für die beiden Hauptgefahren, die einem Kind in seinem Verhältnis zur Mutter begegnen können.

Wie sehen nun diese gestörten Kinder aus? Es gibt 2 große Gruppen: Einmal die stillen, sich nicht verteidigenden Kinder, die sich ihren Müttern unterwerfen, die an übergroßer Ängstlichkeit und Schüchternheit leiden - Kinder, die die "Flucht nach rückwärts" (1) antreten.

Zu der anderen Gruppe ("Flucht nach vorn") gehören die aggressiven, frechen Kinder mit teilweise ungeheuerem Geltungsdrang.

Lokalisierte funktionelle Störungen, wie Enuresis, Enkopresis, Stottern, Tics, Nägelknabbern und die dysfunktionellen Störungen (4) des ganzen Individuums, wie abnorme emotionelle Reaktionen (Pavor nocturnus, Eifersucht, Trotz (14 METZGER)), abnorme motorische Gewohnheiten oder sexuelles Fehlverhalten fanden wir in beiden Kindergruppen.

Interessant zu beobachten war, daß 6 sensible, ängstliche, schuttsuchende, liebebedürftige Kinder weiche, schuttsuchende Frauen als Mütter hatten. SEELMANN (25) sagt: "Aus ängstlichen Kindern werden ängstliche Erwachsene". SCHOTTLÄNDER (22) meint: "Nichts geht so leicht über von der Mutter auf das Kind wie die Angst". "Das Kind ist eine Art Spiegel der mütterlichen Seelenlage".

Andere Kinder provozierten und tyrannisierten ihre unsicheren, erzieherisch-insuffizienten und hilflosen Mütter. Vor allem bei juvenilen Müttern ließ sich dies besonders gut beobachten.

Abgesehen davon, daß diese Mütter zum Spielball anderer Menschen werden, einschließlich ihrer Kinder, sieht SCHWIDDER (24) die Gefahr für die Erziehung darin, daß eine Mutter, die die Sklavin ihres Kindes ist und durch übermäßige Gefügigkeit allen Schwierigkeiten ausweicht ihrem Kind eine falsche, unnatürliche Umgebung und damit die Grundlage für ein falsches Weltbild vermittelt.

Diese primär erzieherisch-insuffiziente Frau ist das Hauptproblem unter den Müttern schwererziehbarer Kinder. Sie ist die Frau, die kaum über Kompensationsmöglichkeiten verfügt. Jeder, auch der geringste ungünstige Faktor (z.B. eheliche Schwierigkeit, Krankheit) verschlimmert ihre erzieherische Ohnmacht. Es gibt Frauen, die auch unter für sie sehr bedrückenden und entbehrungsreichen Situationen ihren Kindern eine gute Mutter sind und im Rahmen des ihnen möglichen dem Kind eine tatsächlich gute Erziehung zu geben vermögen. Umgekehrt sind in einigen Fällen Mütter trotz gesicherter äußerer Umstände nicht in der Lage mit Schwierigkeiten in der Erziehung ihrer Kinder fertig zu werden, ohne daß es sich jeweils um primäre Störungen beim Kind handelt. Wir sind mit HOFMEIER (12) der Ansicht, daß nicht jede Frau ausreichend mütterliche Instinkte mitbringt und dieser Mangel sich störend in der Mutter-Kind-Beziehung auswirkt, einfach im Sinne des "Nicht-Könnens, des Nicht-Gewachsenseins". Diese Mütter sind selber noch kindlich und unreif.

Für v. GRAEVENITZ (9) liegt diese Schwierigkeit im Generationsproblem begründet: "Diese Frauen sind so, weil deren Mütter versagt haben und diese Kinder wiederum werden wohl noch ungestillter und gieriger und verlangender sein - immer mehr unfähig zur Aufgabe, die ihnen als Eltern gestellt wird". Auch KLENGE (18) meint, daß unentwegt, unbewußt Verhaltensweisen aus der eigenen Kindheit in die Erziehungsmethoden mit einfließen. "Erziehungsfehler wiederholen sich" meint STERN

(29). SLAVSON (26) sagt ebenfalls, daß die meisten Eltern noch an ihrer eigenen Kindheit leiden. Nach STERN (29) aber sollten Eltern frei sein von infantilen Bindungen an ihre eigenen Eltern. Wir fanden in unserem Untersuchungsgut 25 von ihren Müttern abhängige Frauen. "Um gute Eltern zu sein, dazu gehört ein Minimum an Stärke des Ich, um mit den eigenen inneren Spannungen und dem äußeren Druck fertig zu werden. Es soll nicht zwischen Striktheit oder Laxheit, Domination oder Vernachlässigung, Rejektion und Verwöhnung hin- und hergependelt werden". Diese Forderung sollte auch für unsere "zu alten Mütter" gelten, die ihre Kinder einer zu intensiven Betreuung aussetzten. Diese "overprotection" machte sie zu extrem braven, schüchternen und gehemmten Individuen.

W.v. HALLER (10) ist der Überzeugung, daß verzärtelte und verwöhnte Kinder später fast immer ihre Eltern ablehnen, denn die Kinder spüren, daß sie nur als Füllmasse in der leeren Gefühlswelt ihrer Mütter benützt werden. Diese Ansicht dürfte in 2 unserer Fälle zutreffen.

Zum Elternsein gehört außerdem eine gute körperliche Gesundheit (STERN (29)). Leicht gereizte, aufbrausende Eltern, wenn die Kinder irgendwelche Ansprüche stellen, erwecken im Kind die Vorstellung, daß es abgelehnt wird. Es wird in seinem Gefühl der Sicherheit erschüttert. Wir konnten in mehreren Beispielen deutlich zeigen, wie verwirrend sich die Stimmungs-labilität kranker Frauen, vor allem der ulcuskranken und thyreotoxischen Patientinnen auf die Kinder auswirkte. Die Kinder dieser Mütter wurden wegen motorischer Unruhe, Unstetigkeit, Konzentrationsschwäche und Ablenkbarkeit in der Erziehungsberatungsstelle vorgestellt. Die Annahme, daß die Verhaltensstörungen dieser Kinder im wesentlichen auf ihre unausge-glichenen, kranken Mütter zurückzuführen sind, scheint begründet zu sein.

Das "Nichtfunktionieren der Familie" muß als ein weiterer Fak-

tor in den Verhaltensstörungen der Kinder angesehen werden. Die unehelichen Kinder und Kinder aus geschiedenen Ehen stehen in einer gewissen Notsituation und reagieren auf die Vaterlosigkeit mit Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen. Mit dem Problem des unehelichen Kindes haben sich bereits viele Pädiater (13) und Psychotherapeuten auseinandergesetzt. Mit Ausnahme eines Falles erwies sich die Eingliederung in eine Familie für das Verhalten des unehelichen Kindes nicht als entscheidend positiv, da oft das Problem des Stiefvaters bzw. der Stiefgeschwister hinzukam. Nur 2 von unseren Frauen brachte es fertig objektiv, d.h. positiv und anerkennend von dem Kindsvater zu sprechen. Häufig ist die Mutter-Kind-Beziehung bei den unehelichen Kindern und den Kindern geschiedener Frauen von Anfang an durch die innere Ablehnung getrübt. Die Prognose einer solchen Beziehung sieht nach FOISSIN (7) und MORAGAS (16) so aus: "Das Fehlen einer echten Liebe und Zugetanheit kann zu Haßgefühlen auf beiden Seiten führen, deren Folgen sich bis in das Erwachsenenalter hineinerstrecken. Ein weiterer, oft diskutierter Faktor als mögliche Ursache von Verhaltensstörungen ist eine berufstätige Mutter (PFEIL (17)). Wir kamen zu folgendem Ergebnis: Von unseren 179 Müttern waren 50 Frauen berufstätig. 5 Kinder dieser Mütter zeigten ernstzunehmende Verhaltensstörungen und zum Teil wiesen sie Retardierungen in der Entwicklung auf. Die Fehlhaltungen der restlichen 45 Kinder sind nicht so gravierend. Die Erziehungsschwierigkeit scheint in erster Linie davon abzuhängen, ob die Mutter in den ersten Lebensjahren des Kindes gearbeitet hat oder später und nicht zu sehr von der Dauer derselben. Da der Mensch als Säugling eine "physiologische Frühgeburt" (18) ist, benötigte er mindestens 1 Jahr lang nach der Geburt noch den möglichst hautnahen Kontakt mit der Mutter, der auch durch die beste, hygienische Pflege in Heimen nicht zu ersetzen ist. Die daraus resultierenden Hospitalisierungserscheinungen sind bekannt.

PLENGE (18) und DÜHRSEN (3) betonen ebenfalls die Bedeutung der ersten 6 Lebensjahre für die Charakterstrukturierung des Menschen. SCHWIDDER (23) fordert eine gesetzliche Regelung, die es der Mutter gestattet in den ersten 18 Monaten bei ihrem Kind zu bleiben. Gleichzeitig aber sagt er, daß nicht jedes von der Mutter früh getrennte Kind diese oder jene Form der Entwicklungsstörung zeigen muß. Diese Beobachtung können wir in 3 Fällen bestätigen. Dauerndes Beisammensein von Mutter und Kind garantiert noch keine echte Mütterlichkeit (PLENGE (18)), denn wieviele unserer Kinder zeigen Verhaltensstörungen, die ausschließlich von ihren Müttern betreut wurden.

Diese aufgeführten Faktoren können einzeln oder in Kombination Ursache bzw. auslösendes Moment der Verhaltensstörungen bei primär gesunden Kindern sein.

b) Ganz anders verhält es sich in jener Gruppe von gesunden Müttern mit primär geschädigten Kindern. Die Mehrzahl der Kinder litt an Retardierungen meist bekannter Genese (prä- oder perinatale Schäden, postencephalitische Zustände), die anderen Kinder an Asthma bronchiale, Schwerhörigkeit, Herzvitium. Hier fanden wir 12 von 27 Müttern, die ihre kranken Kinder in deren Verhaltensstörungen günstig beeinflussen konnten. In 4 Fällen sei dies kurz geschildert:

Frau H. gelang es durch sanftes Zureden, Singen und Schaukeln ihr unter Absenzen und erethischer Debität leidendes Kind zu beruhigen und ihm mit Geduld gewisse Unarten wie Spucken, Zähneflutschen abzugewöhnen. In einem anderen Fall hatte sich Frau B. auf ihr 10-jähriges Sonderschulkind gut eingestellt und die Anforderungen dem geistigen Vermögen eines 3-4-jährigen Kindes entsprechend herabgesetzt. Es wurde im Familienverband als zugehörig und entsprechend seinen Fähigkeiten adäquat behandelt. Frau O. schätzt ihren Jungen, der an einem postencephalitischem Defekt leidet, objektiv ein. Es gelang der Mutter das Kind zu kleinen Leistungen in der Küche heranzuziehen, nachdem es noch

vor Monaten unfähig war, einen Gegenstand in der Hand zu halten. Erwähnenswert ist der Fall der Brigitte N., wo es der Stiefmutter nach Übernahme der Pflege innerhalb kurzer Zeit gelang pavor nocturnus, Mißtrauen gegen die Umgebung und Kontaktarmut bei Schwerhörigkeit zu überwinden.

Von den übrigen 15 besorgten und bemühten Müttern muß gesagt werden, daß ihre Anstrengungen ohne großen Erfolg blieben.

c) Zur letzten Gruppe zählen wir jene 26 gestörten Mütter, die die Verhaltensstörungen ihrer Kinder verstärken bzw. zusätzliche Schäden setzen. Als typische Beispiele seien 3 Fälle erwähnt;

Frau N., die die kleine Angelika unehelich konzipiert hat, lehnt das Kind, durch dessen Existenz sie ihr ganzes Leben verpfuscht glaubt, innerlich ab. Das Kind fällt durch Anfallsleiden, Enuresis, Nägelbeißen und Weglaufen auf. Die negativen Gefühle der Mutter und die Überforderungen hemmen und verschüchtern das Mädchen und verstärken seine innere Isolierung. Frau T., eine energische Frau ohne mütterliche Gefühle sieht in ihrem Sohn mit seiner frühkindlichen Hirnschädigung einen unverdienten Schicksalsschlag und versucht eine vermeintliche Schuld bei ihrem Mann. Ihre harte und strenge Haltung hat bei dem motorisch-unruhigen Jungen zu einer prinzipiell oppositionell-aggressiven Einstellung geführt. Bei der schüchternen und gehemmten A., mit ihren petit-Mal-Anfällen hat sich seit der Geburt der Schwester das Mutter-Kind-Verhältnis weiter verschlechtert. Die Aktivität der oberflächlichen und geltungsbedürftigen Mutter richtet sich nur noch auf das 2. gesunde Kind, während A. übergangen wird und völlig teilnahmslos beiseite steht.

Aus den zuletzt angeführten Beispielen mag deutlich werden, wie sehr die innere Einstellung einer Mutter zu ihrem primär geschädigten Kind dessen weitere Entwicklung beeinflusst, im guten

wie im bösen. Naturgemäß sind die Einwirkungsmöglichkeiten bei Vorliegen erheblich geistiger und charakterlicher Mängel gering. Um so höher sind die Förderungsversuche mit den z.T. beachtlichen Erfolgen zu bewerten, die wir in Einzelfällen beobachten konnten.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Frage geprüft, ob verhaltensgestörte Mütter die Schwererziehbarkeit ihrer Kinder mitverursacht haben.

Es wurden jene mütterlichen Faktoren untersucht, die als Störmomente in Bezug auf die kindliche Entwicklung in Frage kommen könnten.

Zunächst wurden konstitutions- und entwicklungsbiologische Besonderheiten, z.B. das Alter der Mutter bei der Geburt des "schwierigen Kindes", der Altersunterschied zum Ehemann und die Familienbeziehungen untereinander beleuchtet.

Es stellte sich heraus, daß weniger die an Jahren zu junge Mutter für das Kind problematisch werden kann, als viel mehr die infantile, die in ihrer seelischen Reifung als Frau und Mutter zum Teil retardiert und in ihren Erziehungsmaßnahmen unschlüssig ist. Auf der anderen Seite kann auch die zu alte Mutter, die ihr Kind mit Fürsorge nahezu erdrückt und es dadurch in seiner Entwicklung hemmt, ein Problem sein.

Eine direkte Beziehung zwischen der Schwererziehbarkeit des Kindes und dem Alter des zu jungen bzw. zu alten Vaters ist nicht nachweisbar.

Ungünstige Familienverhältnisse, Familiendesorganisation oder Geschwisterrivalitäten können je nach Schweregrad und Dauer belastend wirken.

Geburtskomplikationen (abgesehen von den Fällen, in denen Kinder organische Schäden hatten) können nicht als Erklärung für die Erziehungsschwierigkeiten der Kinder angesehen werden. Dagegen hat die Einstellung zur Schwangerschaft entscheidendere Folgen: Ante partum unerwünschte Kinder werden später offensichtlich oder getarnt abgelehnt.

Entscheidend gestört in ihrer Charakterentwicklung werden Kin-

der von kranken Müttern und Kinder aus nicht-funktionierenden Ehen. Sie werden mit völlig unkindlichen Problemen konfrontiert und in ihrem Kindsein überfordert.

Die Berufstätigkeit der Mutter zeigt nicht in allen Fällen schlechte Auswirkungen. Es kommt auf die Dauer der Berufstätigkeit an und den entsprechenden Mutterersatz.

Bezüglich der verzögerten, rechtzeitigen oder vorauseilenden Entwicklung des Kindes zeigen die Mütter sehr unterschiedliche, primär wohl von der inneren Einstellung zum Kind, sowie vom jeweiligen Temperament geprägte Verhaltensweisen:

Während eine Mutter das Noch-nicht-Saubersein ihres 3-jährigen Kindes als völlig normal ansieht, gerät eine andere, etwas ehrgeizige Frau über die Tatsache, daß ihr fast 1 Jahr altes Kind noch nicht frei laufen kann, außer Fassung.

Bei ehrgeizigen, dominierenden und aktiven Müttern finden wir häufig eine Überforderung der Kinder bei fehlendem Leistungsäquivalent, was sich in der Regel negativ auf die seelisch-geistige Entwicklung des Mädchens oder Jungen auswirkt. Häufig beobachten wir bei diesen Kindern Geheimmtheit, Schüchternheit, mangelndes Selbstvertrauen, ängstliches und teilweise serviles Verhalten.

Auf der anderen Seite macht sich eine positive Hinwendung oft im Gedeihen des Kindes bemerkbar. Auffällig ist, daß bei 7 von 10 Nesthäkchen, bei denen eine starke Mutterbindung vorhanden war, überdurchschnittliche Begabungen vorliegen.

Das Verhalten der Kinder im Kindergarten oder in der Schule läßt vereinzelt auf die seelische Verfassung des Kindes und der Mutter schließen. Auch das unterschiedliche Schlafverhalten ist in gewisser Weise ein Indikator für Störungen in der kindlichen Entwicklung.

Für das Verhalten der Mütter gegenüber ihren primär geschädigten Kindern lassen sich keine einheitlichen Regeln finden.

Neben den Beweisen ruhender Fürsorge für das hilflose, debile Kind wird auch mangelnde Anteilnahme und deutliche Ablehnung angetroffen.

Insgesamt beobachten wir in 106 Fällen eine Störung des primär gesunden Kindes in seiner Verhaltensweise durch die gestörte Mutter. Es gibt 2 große Gruppen:

Einmal die stillen, sich nicht verteidigenden Kinder, die sich ihren Müttern unterwerfen, die an übergroßer Ängstlichkeit und Schüchternheit leiden.

Zu der anderen Gruppe gehören die aggressiven, frechen Kinder mit großem Geltungsdrang.

Lokalisierte funktionelle Störungen wie Enuresis, Stottern, Tics und Nägelknabbern und dysfunktionelle Störungen des ganzen Individuums mit Pavor nocturnus, Eifersucht und Trotz finden wir in beiden Kindergruppen.

Von 53 Müttern mit primär verhaltensgestörten Kindern (Zustand nach prä-, peri- oder postnatalen Schäden) ist nur in 27 Fällen der Versuch einer Förderung des Kindes mit zum Teil gutem bis fehlendem Erfolg zu erkennen. In den restlichen 26 Mutter-Kind-Beziehungen überwiegt die Verstärkung oder Setzung neuer kindlicher Verhaltensstörungen durch die ebenfalls gestörte Mutter.

LITERATURVERZEICHNIS

- (1) BANG, R: Prax. Kinderpsychol. 3; 304-308 (1954)
- (2) BOWLBY, J: Maternal Care and Mental Health. World Health Organisation Monogr. Ser. No. 2, Genf 1952.
- (3) DÜHRSSSEN, A: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Ver. Med. Psychol. Göttingen 1958.
- (4) DÜHRSSSEN, A: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.
- (5) DÜHRSSSEN, A: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1960.
- (6) FERREIRA, A.J: The Pregnant Woman's emotional Attitude and its Reflection on the Newborn. Amer. J. orthopsychiat. 30:553 (1960).
- (7) FOISSIN, M: Maroc. med. 37; 43-50 (1958).
- (8) GRAEFE und Psychologische Forschung und praktische Erziehungsbeihilfe. Beiheft zu: Schule und Psychologie. Nr. 4 E. Reinhardt, München, Basel, 1955.
- (9) GRAEVENITZ, J.v: Angst und Schuld in der Ehe. In Angst und Schuld in theologischer und psychotherapeutischer Sicht. E. Klett. Stuttgart 1959.
- (10) HALLER, W.v.: Prax. Kinderpsychol. 4; 247-249 (1955).
- (11) HOFMANN, A.Ch.u. Frauen zwischen Familie und Fabrik. München 1959.
- KERSTEN, D:
- (12) HOFMEIER, K: Medizinische 1954. 901-906.
- (13) JOPPICH, G: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Göttinger Universitätsreden 18. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1956.
- (14) METZGER, W: Frühkindlicher Trotz. Psychol. Prax. Heft 18, 1963.
- (15) MONTAGU, M.F.A: Praenatal Influences. Thomas, Springfield III, 1962.
- (16) MORAGAS, J.de: Z. Kinderpsychiatr. 1958; 49-52.
- (17) PFEIL, E: Die Berufstätigkeit von Müttern. Tübingen 1961.
- (18) PLENGE, I: Die heutige Frau als Mutter. In "Krisis und Zukunft der Frau". Stuttgart 1962.
- (19) PORTMANN, A: Zoologie und das neue Bild des Menschen, Reinbeck, Rowohlt Verlag.
- (20) REMPLEIN, H: Die seelische Entwicklung in der Kindheit und Reifezeit, E. Reinhardt Verlag, München/Basel, 1956.
- (21) RICHTER, H.E: Die Bedeutung der frühen Kindheit. Mschr. Kinderheilk. 112, 490-496 (1964).
- (22) SCHOTTLÄNDER, F: Die Mutter als Schicksal, Klett-Verlag Stuttgart 1966.
- (23) SCHWIDDER, W: Erfahrungen über psychische Gesundheitsschäden von Müttern und deren Kindern. Prax. Kinderpsychol. 8:1963.

- (24) SCHWIDDER, W: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung. Verlag f. med. Psychol. Göttingen 1962.
- (25) SEELMANN, K: Kinderangst und Familienatmosphäre, in: Angst und Schuld in theolog. und psychotherapeutischer Sicht. E. Klett, Stuttgart 1959.
- (26) SLAVSON, S.R: Child Centred Group Guidance of Parents, New York, Internat. University Press 1958.
- (27) SPECK, O: Kinder erwerbstätiger Mütter, F. Enke, Stuttgart 1956.
- (28) SPITZ, R.A: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. E. Klett, Stuttgart 1957.
- (29) STERN, E: Prax. Kinderpsychol. 8, 125-128 (1959).

LEBENS LAUF

Ich wurde am 22. April 1939 als Tochter des Revisionsober-rates Hermann Wittmann und seiner Ehefrau Anna Betty, geb. Schmidt, in Weißenburg/Bayern geboren. 1945 kam ich in die dortige Volksschule. Von 1949 an besuchte ich in Nürnberg das Wilhelm-Löhe-Realgymnasium, das ich nach 9-jähriger Schulzeit mit dem Reifezeugnis verließ.

Im Sommersemester 1959 begann ich an der Friedrich-Alexan-der-Universität in Erlangen mit dem Studium der Medizin. Nach dem Physikum setzte ich das klinische Studium für zwei Semester an der Kieler Christian-Albrechts-Universität fort, um danach wieder nach Erlangen zurückzukehren. Im Frühjahr 1965 bestand ich dort das medizinische Staatsexamen.

Mit der Ableistung der Medizinalassistentenzeit begann ich in Berlin-Reinickendorf am Städt. Gesundheitsamt. Am Kreis-krankenhaus Ludwigsburg/Württ. war ich nacheinander auf der Chirurgischen, Inneren und Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung tätig. Zum Abschluß arbeitete ich 5 Monate an der Städt. Kinderklinik in Stuttgart.

Mit Erlangung der Approbation vom 29.2.1968 habe ich meine Berufstätigkeit vorläufig unterbrochen.

Ich bin seit dem 2.5.1964 verheiratet und habe einen Sohn.

Offsetdruck - Fotodruck

Josef Hogl

8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz,) Tel. 22990

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 852 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990
